

Name:	Geb.Datum:
	Datum:

Fragebogen für Erwachsene	Antworten	
1. Haben Sie eine Gluten- /Caseintoleranz?	Ja ☐	nein ☐
2. Haben Sie schon mal einen KPU-/HPU-Wert bestimmen lassen?	Ja ☐	nein ☐
3. Welche Sportarten betreiben Sie oder haben Sie betrieben?	Ja ☐	nein ☐
4. Hatten Sie orthopädische PO's?	Ja ☐	nein ☐
5. Haben Sie schon mal ihr Kopfgelenk auf Symmetrie prüfen / korrigieren lassen?	Ja ☐	nein ☐
6. Gab es bei ihrer Geburt Schwierigkeiten (Nabelschnur, Zange, Saugglocke, Beckenendlage)?	Ja ☐	nein ☐
7. Würden Sie zu früh geboren?	Ja ☐	nein ☐
8. Wurden Sie per Wunsch-/Notkaiserschnitt geboren?	Ja ☐	nein ☐
9. Wurde bei Ihnen LRS (Lese-, Rechtschreib-Schwäche) diagnostiziert?	Ja ☐	nein ☐
10. Wurde bei Ihnen ADHS/ADS festgestellt?	Ja ☐	nein ☐
11. Stehen Sie oft auf der Innenkante der Füße und können das an der Abnutzung an den Schuhabsätzen erkennen?	Ja ☐	nein ☐
12. Stehen Sie oft auf der Außenkante der Füße und können das an der Abnutzung an den Schuhabsätzen erkennen?	Ja ☐	nein ☐
13. Sind Sie lichtempfindlich?	Ja ☐	nein ☐
14. Sind Sie geräuschempfindlich?	Ja ☐	nein ☐
15. Reagieren Sie stark auf unverhoffte Berührungen?	Ja ☐	nein ☐
16. Sind Sie überdurchschnittlich ängstlich oder haben Sie isolierte Ängste - z.B. Prüfungsangst?	Ja ☐	nein ☐
17. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme (an hohen Gebäuden hochschauen oder in die Tiefe schauen)?	Ja ☐	nein ☐
18. Leiden Sie unter Reiseübelkeit?	Ja ☐	nein ☐
19. Sind Sie leicht reizbar und wütend?	Ja ☐	nein ☐
20. Lieben Sie Routine?	Ja ☐	nein ☐
21. Sind Sie leicht ablenkbar?	Ja ☐	nein ☐
22. Leiden Sie an Asthma, Allergien und häufigen Infekten?	Ja ☐	nein ☐
23. Leiden Sie an Diabetes Typ 1 oder 2?	Ja ☐	nein ☐
24. Haben Sie eine geringe Stresstoleranz?	Ja ☐	nein ☐
25. Stresst Sie direkter Augenkontakt?	Ja ☐	nein ☐
26. Leiden Sie unter häufigen Schulter- und Nackenverspannungen?	Ja ☐	nein ☐
27. Haben Sie Schwierigkeiten mit der Atmung (z.B. Asthma)?	Ja ☐	nein ☐

28. Haben Sie generell einen hohen / schwachen Muskeltonus?	Ja ☐	nein ☐
29. Haben Sie Artikulationsprobleme (z.B. Lispeln)?	Ja ☐	nein ☐
30. Bewegen Sie beim Schreiben Ihre Zunge oder beißen Sie die Zähne zusammen?	Ja ☐	nein ☐
31. Kauen Sie an Ihren Nägeln oder gern auch an einem Bleistift?	Ja ☐	nein ☐
32. Essen Sie tendenziell mit offenem Mund?	Ja ☐	nein ☐
33. Halten Sie beim Schreiben den Stift verkrampft und nicht in der klassischen 3-Punkt-Haltung?	Ja ☐	nein ☐
34. Drücken Sie beim Schreiben den Stift eher fest auf?	Ja ☐	nein ☐
35. Beobachten Sie bei sich eine eher unkoordinierte Grob- und Feinmotorik?	Ja ☐	nein ☐
36. Haben Sie Koordinationsprobleme (z.B. Hand-Fuß)?	Ja ☐	nein ☐
37. Sind Ihre Hände und Arme stark angespannt oder hatten Sie bereits ein Karpaltunnelsyndrom?	Ja ☐	nein ☐
38. Knirschen Sie mit den Zähnen oder tragen Sie nachts eine Aufbeißschiene?	Ja ☐	nein ☐
39. Rollen Sie beim Gehen die Zehen ein (wie eine Greifbewegung)?	Ja ☐	nein ☐
40. Leiden Sie häufiger unter Schwindel?	Ja ☐	nein ☐
41. Haben Sie eine eher gekrümmte Körperhaltung?	Ja ☐	nein ☐
42. Haben Sie Orientierungsschwierigkeiten?	Ja ☐	nein ☐
43. Haben Sie einen eher staksigen Gang?	Ja ☐	nein ☐
44. Haben Sie eine eher schlechte Raumorientierung?	Ja ☐	nein ☐
45. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Fangen und Werfen?	Ja ☐	nein ☐
46. Neigen Sie zum Zehenspitzen Gang?	Ja ☐	nein ☐
47. Wirken Sie oft unorganisiert und vergesslich?	Ja ☐	nein ☐
48. Hatten Sie einmal ein Schleudertrauma oder einen Sportunfall?	Ja ☐	nein ☐
49. Leiden Sie unter dem "Restless-Leg" Syndrom (Zittern der Beine), wenn Sie am Tisch sitzen?	Ja ☐	nein ☐
50. Haben Sie das Gefühl, die Beine unter dem Tisch ausstrecken zu müssen, wenn Sie in der Schreibtischposition sitzen?	Ja ☐	nein ☐
51. Reden Sie über Gebühr viel und schnell?	Ja ☐	nein ☐
52. Sitzen Sie gern im Schneidersitz oder auf einem Bein?	Ja ☐	nein ☐
53. Schlingen Sie beim Sitzen Ihre Beine um die Stuhlbeine?	Ja ☐	nein ☐
54. Haben/hatten Sie Probleme beim Schwimmen (v.a. Brustschwimmen) oder beim Schwimmen lernen?	Ja ☐	nein ☐
55. Fausten Sie Ihre Hände beim Vierfüßerstand oder im Unterarmstütz?	Ja ☐	nein ☐
56. Drehen Sie Ihre Hände im Vierfüßerstand/Liegestütz nach außen?	Ja ☐	nein ☐
57. Überstrecken Ihre Ellbogengelenke beim Vierfüßerstand/Liegestütz?	Ja ☐	nein ☐
58. Können Sie sich schlecht längere Zeit konzentrieren?	Ja ☐	nein ☐
59. Sind Sie kurzsichtig?	Ja ☐	nein ☐
60. Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall an der HWS, BWS oder LWS?	Ja ☐	nein ☐
61. Leiden Sie unter einer Skoliose in der Wirbelsäule?	Ja ☐	nein ☐

62. Leiden Sie unter häufigen und lang anhaltenden Wirbelsäulenbeschwerden ?	Ja ☐	nein ☐
63. Haben Sie unspezifische und/Oder lang anhaltende Knie- oder Hüftprobleme?	Ja ☐	nein ☐
64. Leiden Sie unter Ischiasbeschwerden?	Ja ☐	nein ☐
65. Wurde bei Ihnen eine Beckenschiefstand festgestellt?	Ja ☐	nein ☐
66. Haben Sie eine Beinlängendifferenz?	Ja ☐	nein ☐
67. Legen Sie beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich hin oder drehen den Kopf zur Seite?	Ja ☐	nein ☐
68. Haben Sie Rechts-Links-Differenzierungsprobleme?	Ja ☐	nein ☐
69. Würden Sie sagen, Sie haben tendenziell eher einseitig Körperprobleme?	Ja ☐	nein ☐
70. Neigen Sie dazu, beim Steuern des Autos oder beim Radfahren unabsichtlich in die Richtung der Kopfdrehung zu fahren?	Ja ☐	nein ☐
71. Hatten Sie einen Hörsturz oder häufiger Ohrenentzündungen?	Ja ☐	nein ☐
72. Haben Sie das Gefühl generell schief zu sein/gehen?	Ja ☐	nein ☐
73. Vermeiden Sie enge Kleidung, engen Hosenbund, Gürtel?	Ja ☐	nein ☐
74. Gehen Sie ungerne, fällt Ihnen das Gehen eher schwer?	Ja ☐	nein ☐
75. Fällt Ihnen auf, dass Ihre Socken immer am großen Zeh löchrig sind?	Ja ☐	nein ☐
76. Ist das Oberleder Ihrer Schuhe an der Stelle des großen Zehes nach oben gewölbt ist?	Ja ☐	nein ☐
77. Haben Sie schwache Knöchel oder neigen Sie leicht zum Umknicken?	Ja ☐	nein ☐
78. Haben Sie einen Platt-, Senk- oder Spreizfuß?	Ja ☐	nein ☐

Bei mehr als 7 Ja-Antworten ist es sinnvoll Testen zu lassen ob noch Reflexe aktiv sind.