

RIT Reflexintegration - Fragebogen Erwachsene

Name, Geburtstag:

Datum:

Fragebogen für Erwachsene	ja	nein	früher bis ca.
01. Haben Sie eine Gluten- und/oder Kaseinintoleranz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
02. Haben Sie schon einmal einen KPU-Wert ermitteln lassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
03. Betreiben Sie eine Sportart? Welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
04. Hatten Sie orthopädische Operationen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
05. Haben Sie schon mal Ihr Kopfgelenk auf Symmetrie prüfen/korrigieren lassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
06. Geburtsschwierigkeiten (Nabelschnur, Zange, Saugglocke, Beckenendlage)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
07. Wurden Sie zu früh geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
08. Wurden Sie durch einen Wunsch- oder Notkaiserschnitt geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
09. Wurde bei Ihnen LRS diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10. Wurde bei Ihnen ADHS/ADS festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
11. Stehen Sie oft auf der <i>Innenkante</i> der Füße und können das an der Abnutzung an den Schuhabsätzen erkennen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
12. Stehen Sie oft auf der <i>Außenkante</i> der Füße und können das an der Abnutzung an den Schuhabsätzen erkennen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
13. Sind Sie lichtempfindlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
14. Sind Sie geräuschempfindlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
15. Reagieren Sie stark auf unverhoffte Berührung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
16. Sind Sie überdurchschnittlich ängstlich, haben Sie isolierte Ängste (Prüfungsangst?...)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
17. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme (an hohem Gebäude hochschauen oder in die Tiefe schauen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
18. Leiden Sie unter Reiseübelkeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
19. Sind Sie leicht reizbar und wütend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
20. Lieben Sie Routine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
21. Sind Sie leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
22. Leiden Sie an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
23. Leiden Sie an Diabetes Typ 1 oder Typ 2?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
24. Haben Sie eine geringe Stresstoleranz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
25. Stresst Sie direkter Augenkontakt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
26. Leiden Sie unter häufigen Schulter- und Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
27. Haben Sie Schwierigkeiten mit der Atmung (z. B. Asthma)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
28. Haben Sie generell einen hohen oder schwachen Muskeltonus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
29. Haben Sie Artikulationsprobleme (z. B. Lispeln)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
30. Bewegen Sie beim Schreiben Ihre Zunge oder beißen Sie die Zähne zusammen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
31. Kauen Sie an Ihren Nägeln oder gerne auch an einem Bleistift?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
32. Essen Sie tendenziell eher mit offenem Mund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
33. Halten Sie beim Schreiben den Stift verkrampt, keine klassische 3-Punkt-Haltung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
34. Drücken Sie beim Schreiben den Stift eher zu fest auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
35. Beobachten Sie bei sich eine eher unkoordinierte Grob- oder Feinmotorik?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
36. Haben Sie Koordinationsprobleme (z. B. Hand-Fuß)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
37. Sind Ihre Hände und Arme stark angespannt hatten Sie ein Karpaltunnelsyndrom?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
38. Knirschen Sie mit den Zähnen oder tragen Sie nachts eine Aufbissschiene?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
39. Rollen Sie beim Gehen Ihre Zehen ein (entsprechend einer Greifbewegung)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
40. Leiden Sie häufiger unter Schwindel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

RIT Reflexintegration

Name:

Fragebogen für Erwachsene	ja	nein	früher bis ca.
41. Haben Sie eine eher gekrümmte Körperhaltung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
42. Haben Sie Orientierungsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
43. Haben Sie einen eher staksigen Gang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
44. Haben Sie eine eher schlechte Raumorientierung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
45. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Fangen und Werfen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
46. Neigen Sie zum Zehenspitzen Gang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
47. Haben Sie Orientierungsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
48. Wirken Sie oft unorganisiert und vergesslich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
49. Hatten Sie einmal ein Schleudertrauma oder einen Sportunfall?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
50. Leiden Sie unter dem Restless Legs Symptom, wenn Sie am Tisch sitzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
51. Haben Sie das Gefühl, die Beine unter dem Tisch ausstrecken zu müssen, wenn Sie in der Schreibposition sitzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
52. Reden Sie übergebehrlich viel und schnell?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
53. Sitzen Sie gerne im Schneidersitz oder auf einem Bein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
54. Schlingen Sie beim Sitzen Ihre Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
55. Haben Sie Probleme beim Schwimmen (v.a. Brustschw. oder Schwimmen lernen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
56. Fausten Sie Ihre Hände beim Vierfüßerstand oder im Unterarmstütz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
57. Drehen Sie Ihre Hände im Vierfüßerstand/Liegestütz nach außen und/oder überstrecken Sie dabei Ihre Ellbogengelenke?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
58. Können Sie sich schlecht längere Zeit konzentrieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
59. Fausten Sie Ihre Hände im Vierfüßerstand, oder drehen Sie die Hände nach aussen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
60. Sind Sie kurzsichtig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
61. Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall an der HWS, BWS oder LWS?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
62. Haben Sie einen Buckel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
63. Leiden Sie an häufigen, lang anhaltenden Wirbelsäulenbeschwerden/Rückenprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
64. Haben Sie unspezifische und/oder lang anhaltende Knie- oder Hüftprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
65. Leiden Sie unter Ischiasproblemen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
66. Wurde bei Ihnen eine Beckenschiefstellung festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
67. Haben Sie eine Beinlängendifferenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
68. Leiden sie unter eine Hüft- oder Kniearthrose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
69. Legen Sie beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel? Drehen Sie den Kopf zur Seite?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
70. Haben Sie Rechts-Links-Differenzierungsprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
71. Würden Sie sagen, Sie haben tendenziell eher einseitige Körperprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
72. Neigen Sie dazu, beim Steuern eines Autos oder beim Radfahren unabsichtlich in die Richtung der Kopfdrehung zu fahren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
73. Hatten Sie einen Hörsturz oder häufiger Ohrenentzündungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
74. Haben Sie das Gefühl, generell schief zu sein/gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
75. Vermeiden Sie enge Kleidung, engen Hosenbund, Gürtel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
76. Hatten Sie einen Hörsturz oder häufiger Ohrenentzündungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
77. Haben Sie das Gefühl, generell schief zu sein/gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
78. Vermeiden Sie enge Kleidung, engen Hosenbund, Gürtel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
79. Hatten Sie einen Hörsturz oder häufiger Ohrenentzündungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
80. Haben Sie das Gefühl, generell schief zu sein/gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
81. Vermeiden Sie enge Kleidung, engen Hosenbund, Gürtel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Methylphenidateinnahme, Gluten-/Kaseinunverträglichkeit, Schwermetallbelastung, Epilepsie, Schwindelmigräne, Kopfgelenkasymmetrie, Trisomie 21, KISS-Syndrom?

Anmerkungen, Auffälligkeiten, Fragen: