

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____



SINDY FAIßT

REFLEXINTEGRATION

Fragebogen für Erwachsene

Auswertung

- | | | | |
|----|---|--------------------------|----------------------------|
| 1 | Haben Sie eine Gluten- und/oder Kaseinintoleranz? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 2 | Haben Sie schon mal einen KPU-Wert ermitteln lassen? Wenn ja, welcher Wert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 3 | Welche Sportart betreiben Sie oder haben Sie betrieben? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 4 | Hatten Sie orthopädische OPs? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 5 | Haben Sie schon mal Ihr Kopfgelenk auf Symmetrie prüfen / korrigieren lassen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 6 | Gab es bei Ihrer Geburt Schwierigkeiten (Nabelschnur, Zange, Saugglocke, Beckenendlage)? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 7 | Wurden Sie zu früh geboren? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 8 | Wurden Sie per Wunsch-/Notkaiserschnitt geboren? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 9 | Wurde bei Ihnen LRS (Lese-Rechtschreib-Schwäche) diagnostiziert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 10 | Wurde bei Ihnen ADHS/ADS festgestellt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 11 | Stehen Sie oft auf der Innenkante der Füße und können das an der Abnutzung an den Schuhabsätzen erkennen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 12 | Stehen Sie oft auf der Außenkante der Füße und können das an der Abnutzung an den Schuhabsätzen erkennen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 13 | Sind Sie lichtempfindlich? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 14 | Sind Sie geräuschempfindlich? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

- 15 Reagieren Sie stark auf unverhoffte Berührung? ja nein
- 16 Sind Sie überdurchschnittlich ängstlich oder haben Sie isolierte Ängste - z.B. Prüfungsangst? ja nein
- 17 Haben Sie Gleichgewichtsprobleme (an hohem Gebäude 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 oder häufigen Infekten? ja nein
- 23 Leiden Sie an Diabetes Typ 1 oder Typ 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 gerne auch an einem Bleistift? ja nein
- 32 Essen Sie tendenziell eher 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 zu fest auf? ja nein
- 35 Beobachten Sie bei sich eine eher unkoordinierte Grob- oder 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 Aufbissschiene? ja nein

- 39 Rollen Sie beim Gehen Ihre Zehen ein (entsprechend einer 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 Zehenspitzenengang? ja nein
- 47 Haben Sie Orientierungsschwierigkeiten? ja nein
- 48 Wirken Sie oft unorganisiert und vergesslich? ja nein
- 49 Hatten Sie einmal ein Schleudertrauma oder einen Sportunfall? ja nein
- 50 Leiden Sie unter dem „Restless Legs“ - Symptom (Zittern der Beine), wenn Sie am Tisch sitzen? ja nein
- 51 Haben Sie das Gefühl, die Beine unter dem Tisch ausstrecken zu müssen, wenn Sie in der Schreibposition sitzen? ja nein
- 52 Reden Sie übergebührlich viel und schnell? ja nein
- 53 Sitzen Sie gerne im Schneidersitz oder auf einem Bein? ja nein
- 54 Schlingen Sie beim Sitzen Ihre Beine um die Stuhlbeine? ja nein
- 55 Haben Sie Probleme beim Schwimmen (v.a. Brustschwimmen) oder beim Schwimmen lernen? ja nein
- 56 Fausten Sie Ihre Hände beim Vierfüßerstand oder im Unterarmstütz? ja nein
- 57 Drehen Sie Ihre Hände im Vierfüßerstand/Liegestütz nach außen und/ oder überstrecken Sie dabei Ihre Ellbogengelenke? ja nein
- 58 Können Sie sich schlecht längere Zeit konzentrieren? ja nein
- 59 Fausten Sie Ihre Hände im Vierfüßlerstand, oder drehen Sie die Hände nach aussen? ja nein
- 60 Sind Sie kurzsichtig? ja nein
- 61 Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall an der HWS, BWS oder LWS? ja nein
- 62 Haben Sie einen Buckel? ja nein

- 63 Leiden Sie unter häufigen und lang anhaltenden Wirbelsäulenbeschwerden (Rückenprobleme)? ja nein
- 64 Haben Sie unspezifische und/oder lang anhaltende Knie- oder Hüftprobleme? ja nein
- 65 Leiden Sie unter Ischiasproblemen? ja nein
- 66 Wurde bei Ihnen eine Beckenschiefstellung festgestellt? ja nein
- 67 Haben Sie eine Beinlängendifferenz? ja nein
- 68 Leiden sie unter eine Hüft- oder Kniearthrose? ja nein
- 69 Legen Sie beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich oder drehen Sie den Kopf zur Seite? ja nein
- 70 Haben Sie Rechts-Links-Differenzierungsprobleme? ja nein
- 71 Würden Sie sagen, Sie haben tendenziell eher einseitige Körperprobleme? ja nein
- 72 Neigen Sie dazu, beim Steuern eines Autos o. beim Radfahren unabsichtlich in die Richtung der Kopfdrehung zu fahren? ja nein
- 73 Hatten Sie einen Hörsturz oder häufiger Ohrenentzündungen? ja nein
- 74 Haben Sie das Gefühl, generell schief zu sein/gehen? ja nein
- 75 Vermeiden Sie enge Kleidung, engen Hosenbund, Gürtel? ja nein
- 76 Leiden Sie unter einer Skoliose in der BWS oder in der LWS? ja nein
- 77 Gehen sie eher ungerne, fällt Ihnen das Gehen eher schwer? ja nein
- 78 Fällt Ihnen auf, dass Ihre Socken immer am großen Zeh durchgewetzt sind? ja nein
- 79 Ist das Oberleder Ihrer Schuhe an der Stelle des großen Zehs nach oben ausgewölbt? ja nein
- 80 Haben Sie schwache Knöchel und neigen leicht zum Umknicken? ja nein
- 81 Haben Sie einen Platt-, Senk- oder Spreizfuß? ja nein

Notizen: