Ort/Datum: _____

Fragebogen für Erwachsene

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Nr.	Frage	Ja	Nein	Anmerkungen
1	Gab es gesundheitliche oder persönliche Probleme, als deine Mutter mit dir schwanger war? Musste sie lange liegen?	☐	☐	
2	Gab es Schwierigkeiten bei deiner Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals ...)?	☐	☐	
3	Wurdest du mehr als 3 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin geboren?	☐	☐	
4	Wurde deine Geburt eingeleitet?	☐	☐	
5	Gab es einen Kaiserschnitt (geplant, Notfall)?	☐	☐	
6	War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder lang?	☐	☐	
7	Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen?	☐	☐	
8	Wurdest du aus einer Beckenendlage geboren?	☐	☐	
9	Gab es Schwierigkeiten im Wochenbett?	☐	☐	
10	Warst du als Kind, vor allem in den ersten drei Lebensjahren häufig krank? (Erkältungen, Infektionen, häufiges Fieber, etc.)	☐	☐	
11	Hast du Asthma, Allergien oder häufige Infekte?	☐	☐	
12	Bist du aktuell in physiotherapeutischer oder osteopathischer Behandlung?	☐	☐	
13	Hast du Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder -intoleranzen (z.B. Gluten, Laktose, Histamin ...)?	☐	☐	
14	Wurden bei dir KPU/HPU oder Nährstoffmängel (z.B. B-Vitamine, Zink) festgestellt?	☐	☐	
15	Empfindest du direkten Blickkontakt als unangenehm oder belastend, obwohl du gelernt hast, ihn aufrechterhalten zu „müssen“?	☐	☐	
16	Reagierst du besonders intensiv auf Geräusche?	☐	☐	
17	Reagierst du besonders intensiv auf Licht oder Helligkeit?	☐	☐	
18	Reagierst du besonders intensiv auf Berührung?	☐	☐	
19	Hattest du früher Angst vor der Schule oder erlebst du heute Ängste vor beruflichen oder anderen Anforderungen (z.B. Bauchschmerzen, Übelkeit ...)?	☐	☐	
20	Erlebst du dich in Belastungssituationen schnell gestresst oder überfordert?	☐	☐	
21	Fühlst du dich häufig zerstreut, unorganisiert, vergesslich oder gedanklich nicht ganz bei der Sache?	☐	☐	
22	Kommen dir häufig schnell die Tränen?	☐	☐	
23	Hast du den Eindruck, dass du dir häufig selbst im Weg stehst?	☐	☐	
24	Hast du häufig Schulter- oder Nackenverspannungen?	☐	☐	
25	Tust du dich schwer in neuen Situationen, mit neuen Menschen, bei plötzlichen Planänderungen oder Abweichungen von der Alltagsroutine?	☐	☐	
26	Fällt es dir schwer, dich in unbekannten Räumen oder Gebäuden zu orientieren?	☐	☐	
27	Hast du Schwierigkeiten beim Fangen/Werfen (Hand-Auge-Koordination)?	☐	☐	

Nr.	Frage	Ja	Nein	Anmerkungen
28	Hast du Gleichgewichtsprobleme, etwa beim Blick nach oben an einem hohen Gebäude oder in die Tiefe?	☐	☐	
29	Leidest du an Reiseübelkeit, z.B. beim Autofahren?	☐	☐	
30	Leidest du häufiger unter Schwindel?	☐	☐	
31	Neigst du zu einer gekrümmten Körperhaltung?	☐	☐	
32	Gehst du häufig auf Zehenspitzen?	☐	☐	
33	Hattest du ein Schleudertrauma oder einen Sportunfall?	☐	☐	
34	Sitzt du gerne im Schneidersitz, auf einem Bein oder schlingst du beim Sitzen deine Beine um die Stuhlbeine?	☐	☐	
35	Erlebst du beim Sitzen am Tisch Unruhe oder Zittern in den Beinen? Oder hast du das Bedürfnis, beim Sitzen am Tisch die Beine auszustrecken?	☐	☐	
36	Drehst du im Vierfüßlerstand oder Liegestütz die Hände nach außen oder machst Fäuste? Überstrecken sich dabei deine Ellenbogen?	☐	☐	
37	Fällt dir auf, dass du häufig sehr viel oder sehr schnell sprichst?	☐	☐	
38	Fällt es dir schwer, dich über längere Zeit zu konzentrieren?	☐	☐	
39	Ermüdest du schnell beim Lesen?	☐	☐	
40	Drehst du beim Schreiben den Kopf zur Seite oder legst du das Blatt deutlich schräg vor dich?	☐	☐	
41	Passieren dir beim Abschreiben von Texten oder Zahlen häufig Fehler?	☐	☐	
42	Empfindest du das Übertragen von Informationen aus einer Vorlage (z.B. von einem Bildschirm oder einer Tafel) als anstrengend?	☐	☐	
43	Hast du Schwierigkeiten, rechts und links zu unterscheiden?	☐	☐	
44	Hast du den Eindruck, dass dein Gang oder deine Körperhaltung schief oder asymmetrisch ist?	☐	☐	
45	Vermeidest du enge Kleidung, einen engen Hosenbund oder Gürtel?	☐	☐	
46	Stehst du häufig auf den Innenkanten oder den Außenkanten deiner Füße (z.B. erkennbar an der Abnutzung der Schuhe)?	☐	☐	
47	Sind deine Socken häufig am großen Zeh durchgewetzt oder ist das Oberleder deiner Schuhe am großen Zeh nach oben ausgewölbt?	☐	☐	
48	Bewegst du beim Schreiben die Zunge oder beißt du dabei die Zähne zusammen?	☐	☐	
49	Hältst du den Stift beim Schreiben sehr angespannt oder nicht in der Drei-Punkt-Stifthaltung? Drückst du beim Schreiben stark auf?	☐	☐	
50	Knirschst du mit den Zähnen oder trägst du nachts eine Aufbissschiene?	☐	☐	
51	Krallst oder rollst du beim Stehen oder Gehen deine Zehen ein?	☐	☐	
52	Hast du einen Platt-, Senk- oder Spreizfuß?	☐	☐	
53	Hast du Schwierigkeiten bei der Koordination von Händen und Füßen?	☐	☐	
54	Sind deine Hände und Arme oft stark angespannt?	☐	☐	
55	Beobachtest du bei dir Schwierigkeiten in der Grob- oder Feinmotorik?	☐	☐	

Quelle: RIT®-Reflexintegration, Sieber und Paasch Institut