

Fragebogen für Erwachsene



1. Haben Sie eine Gluten- und/oder Kaseinintoleranz?	ja	nein
2. Haben Sie schon mal einen KPU-Wert ermitteln lassen? Wenn ja, welcher Wert?	ja	nein
3. Welche Sportart betreiben Sie oder haben Sie betrieben?	ja	nein
4. Hatten Sie orthopädische OP's?	ja	nein
5. Haben Sie schon mal Ihr Kopfgelenk auf Symmetrie prüfen 7 Korrigieren lassen?	ja	nein
6. Gab es bei Ihrer Geburt Schwierigkeiten (Nabelschnur, Zange, Saugglocke, Beckenendlage)?	ja	nein
7. Wurden Sie zu früh geboren?	ja	nein
8. Wurden Sie per Wunsch- bzw. Notkaiserschnitt geboren?	ja	nein
9. Wurde bei Ihnen LRS 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 oder 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- oder 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 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 klassischer 3-Punkt-Haltung?	ja	nein
34. Drücken Sie beim Schreiben den Stift eher zu fest auf?	ja	nein
35. Beobachten Sie bei sich eher eine 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 Aufbisschiene?	ja	nein
39. Rollen Sie beim Gehen Ihre Zehen ein (entsprechend einer Greifbewegung)?	ja	nein
40. Leiden Sie häufig unter Schwindel?	ja	nein
41. Haben Sie eher eine gekrümmte Körperhaltung?	ja	nein
42. Haben Sie Orientierungsschwierigkeiten?	ja	nein
43. Haben Sie eher einen starksigen Gang?	ja	nein
44. Haben Sie eine sehr 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 Legs" - Symptom (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 Schreibposition sitzen?	ja	nein
51. Reden Sie übermäßig viel und schnell?	ja	nein
52. Sitzen Sie gerne im Schneidersitz oder auf einem Bein?	ja	nein
53. Schlingen Sie beim Sitzen Ihre Beine um die Stuhlbeine?	ja	nein
54. Haben Sie Probleme beim Schwimmen (v. a. Brustschwimmen) oder beim Schwimmen lernen?	ja	nein
55. Fauseten Sie Ihre Hände im Vierfüßerstand oder im Unterarmstütz?	ja	nein
56. Drehen Sie Ihre Hände im Vierfüßerstand / Liegestütz nach außen und / oder überstrecken Sie dabei ihre Ellbogen?	ja	nein

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

Bei mehr als 7 Ja-Antworten ist es sinnvoll Sie auf noch aktive Reflexe zu testen.

Ihre persönliche Ansprechpartnerin:

Gerlinde Krampfl-Schmölzer

8510 Stainz, Herbersdorf 51

Mobil: 0664/24 30 400

Mail: office@sentire.at

oder verwenden Sie das Kontaktformular direkt auf meiner Homepage.