

Fragebogen für Erwachsene - Frühkindliche Reflexe

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Fragebogen ausgefüllt am:

E-Mail:

Bitte ankreuzen:

1. Gab es Schwierigkeiten bei Ihrer Geburt? (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um Hals)?	ja	nein
2. Wurden Sie zu früh geboren?	ja	nein
3. Wurden Sie per Wunsch-/Notkaiserschnitt geboren?	ja	nein
4. Sind Sie überempfindlich auf: Geräusche, Licht/Helligkeit, unverhoffte Berührung?	ja	nein
5. Stresst Sie direkter Augenkontakt?	ja	nein
6. Sind Sie leicht ablenkbar?	ja	nein
7. Sind Sie überdurchschnittlich ängstlich? Haben Sie isolierte Ängste, z.B. Prüfungsangst, Flugangst?	ja	nein
8. Haben Sie eine geringe Stresstoleranz/Frustrationstoleranz? Sind Sie leicht reizbar u. wütend?	ja	nein
9. Lieben Sie Routine? Fallen Ihnen Veränderungen schwer? Sträuben Sie sich gegen Neues?	ja	nein
10. Haben Sie Schwierigkeiten mit der Atmung (z.B. Asthma)?	ja	nein
11. Leiden Sie unter Reiseübelkeit?	ja	nein
12. Leiden Sie häufiger unter Schwindel?	ja	nein
13. Haben Sie Orientierungsschwierigkeiten?	ja	nein
14. Haben Sie eine eher schlechte Raumorientierung?	ja	nein
15. Wirken Sie oft unorganisiert und vergesslich?	ja	nein
16. Neigen Sie dazu, Konflikte zu vermeiden?	ja	nein
17. Haben Sie eher Schwierigkeiten, Gefühle zu zeigen / zu äußern?	ja	nein
18. Neigen Sie zu ständig wiederholenden Verhaltensmustern?	ja	nein
19. Fällt es Ihnen schwer, sich anzupassen?	ja	nein
20. Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen?	ja	nein
21. Haben Sie eher ein niedriges Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen?	ja	nein
22. Fühlen Sie sich abhängig von sozialer Anerkennung?	ja	nein
23. Haben Sie Probleme mit Autoritäten?	ja	nein
24. Haben Sie eine mangelnde Ordnungsfähigkeit?	ja	nein
25. Haben Sie ein schlechtes Zeitgefühl?	ja	nein
26. Sind Sie eher ungeschickt und schusselig?	ja	nein
27. Fallen Ihnen Überkreuzbewegung schwer?	ja	nein
28. Neigen Sie zu Unruhe/Hyperaktivität?	ja	nein

Seite 1 von 3



29. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder Höhenangst?	ja	nein
30. Rollen Sie beim Gehen Ihre Zehen ein (entsprechend einer Greifbewegung)?	ja	nein
31. Haben Sie einen eher staksigen Gang?	ja	nein
32. Neigen Sie zum Zehenspitzenengang?	ja	nein
33. Gehen sie eher ungerne? Fällt Ihnen das Gehen eher schwer?	ja	nein
34. Haben Sie generell einen besonders hohen oder schwachen Muskeltonus?	ja	nein
35. Haben Sie das Gefühl, generell schief zu sein / schief zu gehen?	ja	nein
36. Haben Sie eine eher gekrümmte Körperhaltung?	ja	nein
37. Haben Sie einen Buckel?	ja	nein
38. Leiden Sie unter häufigen Schulter- und Nackenverspannungen?	ja	nein
39. Leiden Sie unter häufigen und lang anhaltenden Wirbelsäulenbeschwerden (Rückenproblemen)?	ja	nein
40. Haben Sie unspezifische und/oder lang anhaltende Knie- oder Hüftprobleme?	ja	nein
41. Leiden Sie unter Ischiasproblemen?	ja	nein
42. Würden Sie sagen, Sie haben tendenziell eher einseitige Körperprobleme?	ja	nein
43. Leiden Sie unter dem "Restless Legs" - Symptom (Zittern der Beine), wenn Sie am Tisch sitzen?	ja	nein
44. Haben Sie das Gefühl, die Beine unter dem Tisch ausstrecken zu müssen, wenn Sie in der Schreibposition sitzen?	ja	nein
45. Sitzen Sie gerne im Schneidersitz oder auf einem Bein?	ja	nein
46. Schlingen Sie beim Sitzen Ihre Beine um die Stuhlbeine?	ja	nein
47. Haben Sie Probleme beim Schwimmen (v.a. Brustschwimmen)?	ja	nein
48. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Fangen und Werfen?	ja	nein
49. Haben Sie Koordinationsprobleme (z.B. Hand-Fuß, Hand-Augen-Kopf)?	ja	nein
50. Fausten Sie Ihre Hände beim Vierfüßerstand oder im Unterarmstütz?	ja	nein
51. Drehen Sie Ihre Hände im Vierfüßerstand/Liegestütz nach außen und/oder überstrecken Sie dabei Ihre Ellbogengelenke?	ja	nein
52. Stehen Sie oft auf der Innenkante oder Außenkante der Füße und können das an der Abnutzung an den Schuhabsätzen erkennen?	ja	nein
53. Fällt Ihnen auf, dass Ihre Socken immer am großen Zeh durchgewetzt sind?	ja	nein
54. Ist das Oberleder Ihrer Schuhe an der Stelle des großen Zehs nach oben ausgewölbt?	ja	nein
55. Haben Sie schwache Knöchel und neigen leicht zum Umknicken?	ja	nein
56. Haben Sie einen Platt-, Senk- oder Spreizfuß?	ja	nein
57. Sind Ihre Hände und Arme stark angespannt oder hatten Sie bereits ein Karpaltunnelsyndrom?	ja	nein
58. Beobachten Sie bei sich eine eher unkoordinierte Grobmotorik oder Feinmotorik?	ja	nein
59. Drücken Sie beim Schreiben den Stift eher zu fest auf?	ja	nein



60. Halten Sie beim Schreiben den Stift verkrampft und nicht in der klassischen 3-Punkt-Haltung?	ja	nein
61. Bewegen Sie beim Schreiben Ihre Zunge oder beißen Sie die Zähne zusammen?	ja	nein
62. Essen Sie tendenziell eher mit offenem Mund?	ja	nein
63. Kauen Sie an Ihren Nägeln oder gerne auch an einem Bleistift?	ja	nein
64. Haben Sie Artikulationsprobleme (z.B. Lispeln)?	ja	nein
65. Knirschen Sie mit den Zähnen, oder tragen Sie nachts eine Aufbisschiene?	ja	nein
66. Reden Sie übergebürlich viel und schnell?	ja	nein
67. Können Sie sich schlecht längere Zeit konzentrieren?	ja	nein
68. Legen Sie beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	ja	nein
69. Haben Sie Rechts-Links-Differenzierungsprobleme?	ja	nein
70. Neigen Sie dazu, beim Steuern eines Autos oder beim Radfahren unabsichtlich in die Richtung der Kopfdrehung zu fahren?	ja	nein
71. Vermeiden Sie enge Kleidung, engen Hosenbund, Gürtel?	ja	nein
72. Leiden sie unter eine Hüft- oder Kniearthrose?	ja	nein
73. Leiden Sie unter einer Skoliose in der Brust oder in der Lendenwirbelsäule?	ja	nein
74. Hatten Sie einen Hörsturz oder häufiger Ohrenentzündungen?	ja	nein
75. Haben Sie eine Beinlängendifferenz?	ja	nein
76. Wurde bei Ihnen eine Beckenschiefstellung festgestellt?	ja	nein
77. Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall?	ja	nein
78. Hatten Sie einmal ein Schleudertrauma oder einen Sportunfall?	ja	nein
79. Hatten Sie orthopädische Operationen?	ja	nein
80. Wurde bei Ihnen eine Lese-Rechtschreib-Schwäche diagnostiziert?	ja	nein
81. Wurde bei Ihnen ADHS/ADS festgestellt?	ja	nein
82. Leiden Sie an Diabetes Typ 1 oder Typ 2?	ja	nein
83. Leiden Sie an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	ja	nein
84. Sind Sie kurzsichtig?	ja	nein
85. Haben Sie eine Gluten- und/oder Kasein-Intoleranz?	ja	nein
86. Haben Sie schon mal einen KPU-Wert ermitteln lassen? Wenn ja, welcher Wert?	ja	nein
87. Haben Sie schon mal Ihr Kopfgelenk auf Symmetrie prüfen / korrigieren lassen?	ja	nein
88. Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?		
89. Welche Sportart betreiben Sie oder haben Sie betrieben?		

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen zurück – gern per Email.

Ort, Datum

Unterschrift

Seite 3 von 3