

Name:

Geburtsdatum:

RIT-Fragebogen für Erwachsene	ja	nein	Bemerkungen
1. Haben Sie ein Gluten- und/oder Kaseintoleranz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
2. Haben Sie schon einen KPU-Wert ermitteln lassen? Wenn ja, welcher Wert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
3. Welche Sportart betreiben Sie oder haben Sie betrieben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4. Hatten Sie orthopädische OPs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Haben Sie schon mal Ihr Kopfgelenk auf Symmetrie prüfen / korrigieren lassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Gab es bei ihrer Geburt Schwierigkeiten (Nabelschnur, Zange, Saugglocke, Beckenendlage)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7. Wurden Sie zu früh geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Wurden Sie per Wunsch-/Notkaiserschnitt geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9. Wurde bei Ihnen LRS (Legasthenie) 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 Innenkante 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 Aussenkante 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 oder haben Sie isolierte Ängste - z. Bsp. 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 an Reiseübelkeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
19. Sie 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. Bsp. Asthma)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
28. Haben Sie generell einen hohen / schwachen Muskeltonus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

RIT-Fragebogen für Erwachsene	ja	nein	Bemerkungen
29. Haben Sie Artikulationsprobleme (z. Bsp. 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 den 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 verkrampft und nicht in der klassischen 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. Bsp. Hand-Fuss)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
37. Sind Ihre Hände und Arme stark angespannt oder hatten Sie bereits ein Karpaltunnelsyndrom?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
38. Knirschen Sie mit den Zähnen, oder tragen Sie nachts eine Aufbiss Schiene?	<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	
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 Zehenspitzenengang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
47. Wirken Sie oft unorganisiert und vergesslich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
48. Hatten Sie einmal ein Schleudertrauma oder einen Sportunfall?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
49. Leiden Sie unter dem "Restless Legs"-Symptom (Zittern der Beine), wenn Sie am Tisch sitzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
50. 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	
51. Reden Sie übergebührlich viel und schnell?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
52. Sitzen Sie gerne im Schneidersitz oder auf einem Bein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
53. Schlingen Sie beim Sitzen die Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
54. Haben Sie Probleme beim Schwimmen (v. a. Brustschwimmen) oder beim Schwimmen lernen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
55. Fausten Sie Ihre Hände beim Vierfüßlerstand oder im Unterarmstütz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
56. Drehen Sie Ihre Hände im Vierfüßlerstand/Liegestütz nach aussen und/oder überstrecken Sie dabei Ihre Ellbogengelenke?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	



RIT-Fragebogen für Erwachsene	ja	nein	Bemerkungen
57. Können Sie sich schlecht längere Zeit konzentrieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
58. Fausten Sie Ihre Hände beim Vierfüßlerstand oder drehen Sie die Hände nach aussen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
59. Sind Sie kurzsichtig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
60. Hatten Sie eine Bandscheibenvorfall an der HWS, BWS oder LWS?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
61. Haben Sie eine Buckel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
62. Leiden Sie unter häufigen und lang anhaltenden Wirbelsäulenbeschwerden (Rückenprobleme)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
63. Haben Sie unspezifische und/oder lang anhaltende Knie- oder Hüftprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
64. Leiden Sie unter Ischias Problemen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
65. Wurde bei Ihnen eine Beckenschiefstellung festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
66. Haben sie eine Beinlängendifferenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
67. Leiden Sie unter einer Hüft- oder Kniearthrose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
68. Legen Sie beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich oder drehen Sie den Kopf zur Seite?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
69. Haben Sie Rechts-Links-Differenzierungsprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
70. Würden Sie sagen, Sie haben tendenziell eher einseitige Körperprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
71. 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	
72. Hatten Sie einen Hörsturz oder häufiger Ohrenentzündungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
73. Haben Sie das Gefühl, generell schief zu sein/gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
74. Vermeiden Sie enge Kleidung, engen Hosenbund, Gürtel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
75. Leiden Sie unter einer Skoliose in der BWS oder in der LWS?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
76. Gehen Sie eher ungerne, fällt Ihnen das Gehen eher schwer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
77. Fällt Ihnen auf, dass Ihre Socken immer am grossen Zeh durchgewetzt sind?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
78. Ist das Oberleder Ihrer Schuhe an der Stelle des grossen Zehs nach oben ausgewölbt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
79. Haben Sie schwache Knöchel und neigen leicht zum Umknicken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
80. Haben Sie einen Platt, Senk- oder Spreizfuss?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Weitere Anmerkungen / Auffälligkeiten / Fragen:			