

RIT -Fragebogen für Erwachsene



| | | ja | nein | |
|----|---|----|------|--|
| 1 | Haben Sie eine Gluten- und/oder Kaseinintoleranz? | | | |
| 2 | Haben Sie schon mal einen KPU-Wert ermitteln lassen? Wenn ja, welcher Wert? | | | |
| 3 | Welche Sportart betreiben Sie oder haben Sie betrieben? | | | |
| 4 | Hatten Sie orthopädische OPs? | | | |
| 5 | Haben Sie schon mal Ihr Kopfgelenk auf Symmetrie prüfen / korrigieren lassen? | | | |
| 6 | Gab es bei Ihrer Geburt Schwierigkeiten (Nabelschnur, Zange, Saugglocke, Beckenendlage)? | | | |
| 7 | Wurden Sie zu früh geboren? | | | |
| 8 | Wurden Sie per Wunsch-/Notkaiserschnitt geboren? | | | |
| 9 | Wurde bei Ihnen LRS diagnostiziert? | | | |
| 10 | Wurde bei Ihnen ADHS/ADS festgestellt? | | | |
| 11 | Stehen Sie oft auf der Innenkante der Füße und können das an der Abnutzung an den Schuhabsätzen erkennen? | | | |
| 12 | Stehen Sie oft auf der Außenkante der Füße und können das an der Abnutzung an den Schuhabsätzen erkennen? | | | |
| 13 | Sind Sie lichtempfindlich? | | | |
| 14 | Sind Sie geräuschempfindlich? | | | |
| 15 | Reagieren Sie stark auf unverhoffte Berührung? | | | |
| 16 | Sind Sie überdurchschnittlich ängstlich oder haben Sie isolierte Ängste - z.B. Prüfungsangst? | | | |
| 17 | Haben Sie Gleichgewichtsprobleme (an hohem Gebäude hochschauen, oder in die Tiefe schauen)? | | | |
| 18 | Leiden Sie unter Reiseübelkeit? | | | |
| 19 | Sind Sie leicht reizbar und wütend? | | | |
| 20 | Lieben Sie Routine? | | | |
| 21 | Sind Sie leicht ablenkbar? | | | |
| 22 | Leiden Sie an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten? | | | |
| 23 | Leiden Sie an Diabetes Typ 1 oder Typ 2? | | | |
| 24 | Haben Sie eine geringe Stresstoleranz? | | | |
| 25 | Stresst Sie direkter Augenkontakt? | | | |
| 26 | Leiden Sie unter häufigen Schulter- und Nackenverspannungen? | | | |

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| 27 | Haben Sie Schwierigkeiten mit der Atmung (z.B. Asthma)? | | | |
| 28 | Haben Sie generell einen hohen / schwachen Muskeltonus? | | | |
| 29 | Haben Sie Artikulationsprobleme (z.B. Lispeln)? | | | |
| 30 | Bewegen Sie beim Schreiben Ihre Zunge oder beißen Sie die Zähne zusammen? | | | |
| 31 | Kauen Sie an Ihren Nägeln oder gerne auch an einem Bleisitft? | | | |
| 32 | Essen Sie tendenziell eher mit offenem Mund? | | | |
| 33 | Halten Sie beim Schreiben den Stift verkrampft und nicht in der klassischen 3-Punkt-Haltung? | | | |
| 34 | Drücken Sie beim Schreiben den Stift eher zu fest auf? | | | |
| 35 | Beobachten Sie bei sich eine eher unkoordinierte Grob- oder Feinmotorik? | | | |
| 36 | Haben Sie Koordinationsprobleme (z.B. Hand-Fuß)? | | | |
| 37 | Sind Ihre Hände und Arme stark angespannt oder hatten Sie bereits ein Karpaltunnelsyndrom? | | | |
| 38 | Knirschen Sie mit den Zähnen, oder tragen Sie nachts eine Aufbisschiene? | | | |
| 39 | Rollen Sie beim Gehen Ihre Zehen ein (entsprechend einer Greifbewegung)? | | | |
| 40 | Leiden Sie häufiger unter Schwindel? | | | |
| 41 | Haben Sie eine eher gekrümmte Körperhaltung? | | | |
| 42 | Haben Sie Orientierungsschwierigkeiten? | | | |
| 43 | Haben Sie einen eher staksigen Gang? | | | |
| 44 | Haben Sie eine eher schlechte Raumorientierung? | | | |
| 45 | Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Fangen und Werfen? | | | |
| 46 | Neigen Sie zum Zehenspitzenengang? | | | |
| 47 | Haben Sie Orientierungsschwierigkeiten? | | | |
| 48 | Wirken Sie oft unorganisiert und vergesslich? | | | |
| 49 | Hatten Sie einmal ein Schleudertrauma oder einen Sportunfall? | | | |
| 50 | Leiden Sie unter dem "Restless Legs" - Symptom (Zittern der Beine), wenn Sie am Tisch sitzen? | | | |
| 51 | Haben Sie das Gefühl, die Beine unter dem Tisch ausstrecken zu müssen, wenn Sie in der Schreibposition sitzen? | | | |
| 52 | Reden Sie übergebührlich viel und schnell? | | | |
| 53 | Sitzen Sie gerne im Schneidersitz oder auf einem Bein? | | | |
| 54 | Schlingen Sie beim Sitzen Ihre Beine um die Stuhlbeine? | | | |
| 55 | Haben Sie Probleme beim Schwimmen (v.a. Brustschwimmen) oder beim Schwimmen lernen? | | | |
| 56 | Fausten Sie Ihre Hände beim Vierfüßerstand oder im Unterarmstütz? | | | |
| 57 | Drehen Sie Ihre Hände im Vierfüßerstand/Liegestütz nach außen und/oder überstrecken Sie dabei Ihre Ellbogengelenke? | | | |
| 58 | Können Sie sich schlecht längere Zeit konzentrieren? | | | |
| 59 | Fausten Sie Ihre Hände im Vierfüßerstand, oder drehen Sie die Hände nach aussen? | | | |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 60 | Sind Sie kurzsichtig? | | | |
| 61 | Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall an der HWS, BWS oder LWS? | | | |
| 62 | Haben Sie einen Buckel? | | | |
| 63 | Leiden Sie unter häufigen und lang anhaltenden Wirbelsäulenbeschwerden (Rückenprobleme)? | | | |
| 64 | Haben Sie unspezifische und/oder lang anhaltende Knie- oder Hüftprobleme? | | | |
| 65 | Leiden Sie unter Ischiasproblemen? | | | |
| 66 | Wurde bei Ihnen eine Beckenschiefstellung festgestellt? | | | |
| 67 | Haben Sie eine Beinlängendifferenz? | | | |
| 68 | Leiden sie unter eine Hüft- oder Kniearthrose? | | | |
| 69 | Legen Sie beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich oder drehen Sie den Kopf zur Seite? | | | |
| 70 | Haben Sie Rechts-Links-Differenzierungsprobleme? | | | |
| 71 | Würden Sie sagen, Sie haben tendenziell eher einseitige Körperprobleme? | | | |
| 72 | Neigen Sie dazu, beim Steuern eines Autos oder beim Radfahren unabsichtlich in die Richtung der Kopfdrehung zu fahren? | | | |
| 73 | Hatten Sie einen Hörsturz oder häufiger Ohrenentzündungen? | | | |
| 74 | Haben Sie das Gefühl, generell schief zu sein/gehen? | | | |
| 75 | Vermeiden Sie enge Kleidung, engen Hosenbund, Gürtel? | | | |
| 76 | Leiden Sie unter einer Skoliose in der BWS oder in der LWS? | | | |
| 77 | Gehen sie eher ungerne, fällt Ihnen das Gehen eher schwer? | | | |
| 78 | Fällt Ihnen auf, dass Ihre Socken immer am großen Zeh durchgewetzt sind? | | | |
| 79 | Ist das Oberleder Ihrer Schuhe an der Stelle des großen Zehs nach oben ausgewölbt? | | | |
| 80 | Haben Sie schwache Knöchel und neigen leicht zum Umknicken? | | | |
| 81 | Haben Sie einen Platt-, Senk- oder Spreizfuß? | | | |
| | | | | |