

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 Bleistift?			
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 Knieathrose?			
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?			