

### Selbstanamnesebogen Erwachsene

	ja	nein	Bemerkung
1 Haben Sie eine Glutenintoleranz/ Laktoseintoleranz?			
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 Kopfgehirn 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 Hatten Sie lernschwierigkeiten in Mathe?			
12 Hatten Sie lernschwierigkeiten in Deutsch?			
13 Stehen Sie oft auf der Innenseite der Füße und können das an der Abnutzung an den Schuhabsätzen erkennen?			
14 Stehen Sie oft auf der Außenseite der Füße und können das an der Abnutzung an den Schuhabsätzen erkennen?			
15 Sind Sie lichtempfindlich?			
16 Sind Sie geräuschempfindlich?			
17 Reagieren Sie stark auf unverhoffte Berührung?			
18 Sind Sie überdurchschnittlich ängstlich oder haben Sie isolierte Ängste - z.B. Prüfungsangst?			
19 Haben Sie Gleichgewichtsprobleme (an hohem Gebäude hochschauen, oder in die Tiefe schauen)?			
20 Leiden Sie unter Reiseübelkeit?			
21 Sind Sie leicht reizbar und wütend?			
22 Lieben Sie Routine?			
23 Sind Sie leicht ablenkbar?			
24 Leiden Sie an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?			
25 Leiden Sie an Diabetes Typ 1 oder Typ 2?			
26 Haben Sie eine geringe Stresstoleranz? Wenn ja - in Bezug auf Beziehungen oder Strukturell?			

		ja	nein	Bemerkung
27	Stresst Sie direkter Augenkontakt?			
28	Leiden Sie unter häufigen Schulter- und Nackenverspannungen?			
29	Haben Sie Schwierigkeiten mit der Atmung (z.B. Asthma)?			
30	Haben Sie generell einen hohen / schwachen Muskeltonus?			
31	Haben Sie Artikulationsprobleme (z.B. Lispeln)?			
32	Bewegen Sie beim Schreiben Ihre Zunge oder beißen Sie die Zähne zusammen?			
33	Kauen Sie an Ihren Nägeln oder gerne auch an einem Bleistift?			
34	Essen Sie tendenziell eher mit offenem Mund?			
35	Halten Sie beim Schreiben den Stift verkrampft und nicht in der klassischen 3-Punkt-Haltung?			
36	Drücken Sie beim Schreiben den Stift eher zu fest auf?			
37	Beobachten Sie bei sich eine eher unkoordinierte Grob- oder Feinmotorik?			
38	Haben Sie Koordinationsprobleme (z.B. Hand-Fuß)?			
39	Sind Ihre Hände und Arme stark angespannt oder hatten Sie bereits ein Karpaltunnelsyndrom?			
40	Pressen Sie Nachts/ Knirschen Sie, hatten Sie früher eine Zahnspange? Besitzen Sie eine Knirscherschiene?			
41	Wo befindet sich Ihre Zunge im Ruhezustand?			
42	Rollen Sie beim Gehen Ihre Zehen ein (entsprechend einer Greifbewegung)?			
43	Leiden Sie häufiger unter Schwindel?			
44	Haben Sie eine eher gekrümmte Körperhaltung?			
45	Haben Sie Orientierungsschwierigkeiten?			
46	Haben Sie einen eher staksigen Gang?			
47	Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Fangen und Werfen?			
48	Neigen Sie zum Zehenspitzenangang?			
49	Wirken Sie oft unorganisiert und vergesslich?			
50	Hatten Sie einmal ein Schleudertrauma oder einen Sportunfall?			
51	Leiden Sie unter dem "Restless Legs"? Haben Sie in Ruhe unruhige Beine?			
52	Haben Sie das Gefühl, die Beine unter dem Tisch ausstrecken zu müssen, wenn Sie in der Schreibposition sitzen?			
53	Reden Sie viel und schnell?			
54	Sitzen Sie gerne im Schneidersitz oder auf einem Bein?			
55	Schlingen Sie beim Sitzen Ihre Beine um die Stuhlbeine?			
56	Haben Sie Probleme beim Schwimmen (v.a. Brustschwimmen) oder beim Schwimmen lernen/ hohe Anstrengung?			
57	Fausten Sie Ihre Hände lieber beim Vierfüßer Stand oder im Unterarmstütz?			
58	Drehen Sie Ihre Hände im Vierfüßer Stand/Liegestütz nach außen und/oder überstrecken Sie dabei Ihre Ellbogengelenke?			

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