**Appendix 1.** Open-end questions

1. Was ist Ihr allgemeiner Eindruck der Therapie mit dem Leap Motion Gerät?

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. War die Dauer der Therapie für Sie in Ordnung?

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. Würden Sie das Gerät selber kaufen?

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. Haben Sie Verbesserungsvorschläge?

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. Haben Sie allgemeine Tipps oder sonstige Bemerkungen?

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. War die/der Therapeut/in sachlich und korrekt?

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. Welches Spiel hat Ihnen am besten gefallen?

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. Welches Spiel fanden Sie am schlechtesten?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………