

Fragebogen zur Bestimmung der Händigkeit (Auszug)¹

Entwickelt von Dr. Johanna Barbara Sattler, München

Name / VP-Nr.:

Testdatum:

Alter:

Geschlecht: weibl. männl.

Bei welcher der folgenden Tätigkeiten bzw. bei welchen Geräten wird / werden die linke, rechte oder beide Hände bevorzugt?

1.1 Sehr spontane, von der Erziehung / Umwelt nicht bzw. kaum geprägte Tätigkeiten, die mit einer Hand vollzogen werden können:

	linke Hand	beide Hände (abwechselnd)	beide Hände (gleichzeitig)	rechte Hand
kämmen z.B. einer Puppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Zähne putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Würfel aus einem Gefäß nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
würfeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreisel aus einem Gefäß nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kreiseln mit einem kleinen Kreisel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
tragen (wenn das Kind nicht an der Hand geführt wird) . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blumen gießen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegenstand aufheben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegenstand greifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich melden (wenn andere Hand frei ist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Perlen auf senkrecht fixierten Draht aufstecken . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perlen ausstreuen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perlen auflesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perlen mit Pinzette auflesen, Pinzette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonhörer halten bei Kindern bis Schuleintritt . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
radieren, wobei das Blatt festgehalten wird bzw. befestigt ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radierschmutz wegwischen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blättern (nach oben).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der Kreuze pro Spalte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¹ Das Copyright liegt bei der Verfasserin. Vervielfältigung ist mit Quellenangaben gestattet (Stand März 02). Ergänzungen oder Änderungen des Fragebogen können im Internet eingesehen werden: www.lefthander-consulting.org/deutsch/Fragebogen.htm.

	linke Hand	beide Hände (gleichzeitig)	rechte Hand
Einsiedler-Steckspiel (Solitär)	<input type="checkbox"/> mal links		<input type="checkbox"/> mal rechts
„Packesel“: Streichhölzer auf Filmdose legen lassen (Zeit: 60 Sekunden)	<input type="checkbox"/> Stück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stück
Gesamtsumme der Streichhölzer	<input type="text"/>		
Streichhölzer zählen	<input type="checkbox"/> Stück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stück
Zitterturm	<input type="checkbox"/> mal links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mal rechts
Turm bauen am Tisch mit Bauklötzchen oder Würfeln, 10 Stück anbieten (Größe ca. 2 x 2 cm)	<input type="checkbox"/> mal links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mal rechts
Anzahl der Tätigkeiten pro Hand	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Sehr spontane, von der Erziehung / Umwelt nicht bzw. kaum geprägte Tätigkeiten, die mit zwei Händen vollzogen werden können:

	linke Hand	beide Hände (abwechselnd)	beide Hände (gleichzeitig)	rechte Hand
Nagelbürste in rechter Hand, Bewegung mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nagelbürste in linker Hand, Bewegung mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Scheibe auf großen Kreisel auflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
großen Kreisel zwischen beiden Händen „abrollen“, die sich bewegende Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bewegung in Richtung		<input type="checkbox"/> zu sich	<input type="checkbox"/> von sich weg	
verschieden große Perlen aus einem Glas / einer Dose nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besen und Schaufel: Besen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
etwas vom Tisch wischen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etwas Zerbrechliches vom Tisch wischen und in anderer Hand auffangen: auffangende Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
an Sonne (runde Scheibe) oder Igel (ausgeschnittene Igelform) Wäsche- klammern anstecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht schraubbaren Deckel öffnen, z.B. von Pappkästchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perlen auf dünnes Lederband fädeln, dabei Perlen halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Faden durch Nadelöhr führen: Faden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nadelöhr auf Faden schieben: Nadel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	linke Hand	beide Hände (abwechselnd)	beide Hände (gleichzeitig)	rechte Hand
Nadel auf Fadenschleife stecken: Nadel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
sticken: Nadel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Streichholz anzünden: die sich bewegende Hand .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aufziehen eines mechanischen Spielzeugs: Schlüssel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
(Schlüssel muss mittig einzuführen sein)				
aufziehen eines mechanischen Spielzeugs: Drehknopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
blättern (seitwärts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der Kreuze pro Spalte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 Durch Erziehung und Nachahmung geprägte und beeinflusste Tätigkeiten:				
	linke Hand	beide Hände (abwechselnd)	beide Hände (gleichzeitig)	rechte Hand
schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
malen / zeichnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
werfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tischtennis / Federball spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tennisschläger halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hämmern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messer mit Gabel halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Messer ohne Gabel halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Gabel ohne Messer halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Gabel beim Spaghettienessen halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Löffel halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
spontanes Handgeben bei Kindern vor der Einschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Anzahl der Kreuze pro Spalte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Durch technische Vorrichtungen geprägte Tätigkeiten und fehlende Produkte für Linkshänder:

	linke Hand	beide Hände (abwechselnd)	beide Hände (gleichzeitig)	rechte Hand
Schere halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Stift beim Spitzen halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Drehbewegung des Stiftes beim Spitzen spontan zum/vom Körper		<input type="checkbox"/> hin	<input type="checkbox"/> weg	
Verschluss (Dose / Flasche) aufdrehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschluss (Dose / Flasche) zudrehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartoffeln schälen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dosenöffner halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Korkenzieher halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Drehbewegung des Korkenziehers spontan zum/vom Körper		<input type="checkbox"/> hin	<input type="checkbox"/> weg	
drehen der Flasche (ruhig halten des Korkenziehers in anderer Hand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonhörer halten (Notizen mit anderer Hand) . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Schraubenzieher halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metall- oder Holzschraube mit Hand aufdrehen . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Metall- oder Holzschraube mit Hand zudrehen . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bügeleisen führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Türe / Fenster öffnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichtschalter bedienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Anzahl der Kreuze pro Spalte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gesamtzahl der Kreuze pro Spalte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Erhebungsbogen von Defiziten und Entwicklungsverzögerungen bei Kindern mit wechselndem Handgebrauch¹

Name / VP-Nr.:

Alter:

Geschlecht: weibl.
 männl.

Testdatum:

Untersuchender Therapeut:

Daten des Beobachtungszeitraums:

Ist den Bezugspersonen Links- oder Rechtshändigkeit aufgefallen? (entsprechende Händigkeit unterstreichen)

 nein ja

Wenn ja, in welchem Alter?

 bis 12 Monate ab 12 Monaten - 2 Jahre 2 - 3 Jahre 3 - 4 Jahre 4 - 5 Jahre 5 - 6 Jahre

Wenn ja, wem ist Links- oder Rechtshändigkeit aufgefallen? (entsprechende Händigkeit unterstreichen)

 Mutter Vater anderen Familienangehörigen (welchen?) im Kindergarten anderen Personen (welchen?)

Bei welcher/-en Tätigkeit/-en ist die Bevorzugung der linken/rechten Hand aufgefallen?

(entsprechende Hand unterstreichen)

 greifen essen Hand geben schneiden malen schreiben andere Tätigkeiten (welche?)

Neigt(e) das Kind zum Wechseln der bevorzugten Hand? nein ja

Wenn ja, seit wann, bzw. in welchem Alter ist das besonders aufgefallen? _____

Hat sich der Handgebrauch dann auf die linke oder rechte Hand stabilisiert? nein ja

(entsprechende Hand unterstreichen)

Wenn ja, wann ist das geschehen? _____

Gibt es ein Ereignis, das mit der Stabilisierung des Handgebrauchs auf eine Hand in Zusammenhang stehen könnte (z.B. Eintritt in den Kindergarten, Verletzung einer Hand)?

Wurde von außen Einfluss auf den Handgebrauch genommen? nein ja

Wenn ja, was ist geschehen? _____

Kam es in der Schwangerschaft zu Schwierigkeiten? nein ja

Wenn ja, zu welchen? _____

Wurden in der Schwangerschaft Wehen regulierende Mittel gegeben? nein ja

Begannen die Wehen bei der Geburt von selbst? ja nein

Wurde die Geburt eingeleitet? nein ja **Wenn ja, warum?** _____

Wurde der Geburtstermin überschritten? nein ja **Wenn ja, um wie viele Tage?** _____

Kam es bei der Geburt zu Komplikationen? nein ja

Wenn ja, zu welchen?

 Herztöne bläuliche Färbung der Haut Saugglocke, Zange Nabelschnur um Hals trübes Fruchtwasser Schlüsselbeinbruch Gelbsucht Kaiserschnitt andere Komplikationen (welche?) _____

Wie hoch waren die Apgar-Zahlen? _____ **Wie hoch war der pH-Wert der Nabelschnur?** _____

¹ © Dr. Johanna Barbara Sattler, Astrid Künnemann, Almuth Vasterling. Kopieren mit Quellenangaben erlaubt.

Problembereiche (bitte Qualität für jeden Bereich einschätzen)	Integration und Entwicklungsstand in Bezug zum Lebensalter des Kindes					Was fällt auf? Bemerkungen
	gut		mittelmäßig		schlecht	
	1	2	3	4	5	
1 Koordination						
1.1 Grobmotorische Koordination						
<ul style="list-style-type: none"> Krabbeln In welchem Alter? ____ Monaten 						
<ul style="list-style-type: none"> Laufen (Situation heute) Beginn in welchem Alter? ____ Monaten 						
<ul style="list-style-type: none"> Einbeinstand zuerst auf <input type="checkbox"/> linkem Bein <input type="checkbox"/> rechtem Bein <ul style="list-style-type: none"> - linkes Bein, mit offenen Augen (wie lange? ____ Sek.) - rechtes Bein, mit offenen Augen (wie lange? ____ Sek.) - linkes Bein, mit geschlossenen Augen (wie lange? ____ Sekunden) - rechtes Bein, mit geschlossenen Augen (wie lange? ____ Sekunden) 						
<ul style="list-style-type: none"> Fahrrad fahren (ohne Stützräder) Erlern in welchem Alter? ____ Jahren 						
<ul style="list-style-type: none"> Schwimmen Erlern in welchem Alter? ____ Jahren 						
<ul style="list-style-type: none"> Andere Sportarten, welche? _____ 						
<ul style="list-style-type: none"> Proximaler Muskeltonus (Kopf-Rumpf-Stabilität) 						
<ul style="list-style-type: none"> Hampelmann 						
<ul style="list-style-type: none"> Rotation – Bevorzugte Richtung? <input type="checkbox"/> mit dem Uhrzeigersinn <input type="checkbox"/> gegen den Uhrzeigersinn 						
<ul style="list-style-type: none"> ATNR (selektive Kopfbewegungen nach rechts oder links) Wenn ja, welche Hinterkopfseite beugt sich stärker? <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts 						
<ul style="list-style-type: none"> Hüpfen mit beiden Beinen gleichzeitig Anzahl der Hüpfen _____ 						
<ul style="list-style-type: none"> Einbeiniges Hüpfen <ol style="list-style-type: none"> Versuch <input type="checkbox"/> linkes Bein <input type="checkbox"/> rechtes Bein Anzahl der Hüpfen _____ Versuch <input type="checkbox"/> linkes Bein <input type="checkbox"/> rechtes Bein Anzahl der Hüpfen _____ 						
<ul style="list-style-type: none"> Sequenzierung (Folge von Bewegungsabläufen) 						
1.2 Feinmotorik						
<ul style="list-style-type: none"> Distaler Muskeltonus 						
<ul style="list-style-type: none"> Hand-Auge-Koordination 						
<ul style="list-style-type: none"> Überkreuzen der Mittellinie 						
<ul style="list-style-type: none"> Schneiden 						
<ul style="list-style-type: none"> Malen 						
<ul style="list-style-type: none"> Kreiseln 						
<ul style="list-style-type: none"> Spitzen 						

Problembereiche (bitte Qualität für jeden Bereich einschätzen)	Integration und Entwicklungsstand in Bezug zum Lebensalter des Kindes					Was fällt auf? Bemerkungen
	gut		mittelmäßig		schlecht	
	1	2	3	4	5	
• Schleife binden						
• Basteln						
• Trommeln						
• Sequenzierung (Folge von Hand-Fingerbewegungen)						
• Palmarflexion Wenn ja, auf welcher Seite stärker? <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts						
1.3 Assoziierte Mitbewegungen und Reaktionen						
• Diadochokinese Kontralaterale Seite Auf welcher Seite stärker? <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts						
• Punktieren Kontralaterale Seite Auf welcher Seite stärker? <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts						
• Mund						
• Beine						
• Zehen						
• Rumpf (im Sitzen)						
• Luft anhalten						
• Abnorme Haltungsmuster bei Tonusänderungen						
2 Modulation (Empfindung) sensorischer Reize						
• Taktile						
• Propriozeptiv (Muskelempfindung und Muskelwahrnehmung)						
• Vestibulär (Schwerkraftunsicherheit)						
• Kinästhetisch (Bewegungsempfindung)						
• Wachheitsgrad						
3 Kognition						
<i>Konzentration:</i>						
• Selbst gesteuert						
• Fremd gesteuert						
<i>Visuelle Wahrnehmung:</i>						
• Figur-Grund-Wahrnehmung						
• Raum-Lage-Wahrnehmung						
• Räumliche Beziehung						
• Spiegeln von Buchstaben und/oder Zahlen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
• Richtungsablauf bei Reihenbildung <input type="checkbox"/> von rechts nach links <input type="checkbox"/> von links nach rechts						
<i>Sequenzierung:</i>						
• Zählen						
• Reihenfolge von Handlungen						

4 Zusätzliche Beobachtungen

- Visuelle Probleme? Wenn ja, welche? _____
- Auditiv Probleme? Wenn ja, welche? _____
- Sprachprobleme? Wenn ja, welche? _____
- Sonstige wichtige Beobachtungen _____

Beurteilung des bevorzugten Handgebrauchs des Kindes nach einem zeitlichen Abstand von ____ Monaten / ____ Jahren

Name des untersuchenden Therapeuten: _____

Aktuelles Alter des Kindes: _____

Datum der erneuten Beurteilungserstellung: _____

Hat sich der Handgebrauch zwischenzeitlich stabilisiert? ja nein

Wenn ja, auf welche Hand? linke Hand rechte Hand

Die folgenden Tätigkeiten werden jetzt vornehmlich mit welcher Hand ausgeführt?

	linke Hand	abwechselnd	rechte Hand
essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
malen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schneiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kreiseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Tätigkeiten, welche?			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In welchen der oben aufgeführten Problembereichen gab es Fortschritte, Veränderungen oder Stagnationen?
(Bitte stichpunktartig ausführen.)

Welche Behandlungsschritte wurden durchgeführt?

Wurde vornehmlich nach einer bestimmten Methode oder einem bestimmten Behandlungsansatz gearbeitet?
 ja nein

Wenn ja, nach welcher/m? _____

Anregungen und konstruktive Kritik sind willkommen (Zu senden an: Erste deutsche Beratungs- und Informationsstelle für Linkshänder und umgeschulte Linkshänder, Sendlinger Str. 17, 80331 München). München, Januar 2002.