

## Fragebogen zu Experiment

Code zusammengesetzt: .....

Datum: .....

**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:**

Mein Körper fühlt sich irgendwie fremd oder anders an

Stimme gar nicht  
zu

☐

Stimme eher  
nicht zu

☐

Stimme weder zu  
noch lehne ab

☐

Stimme eher zu

☐

Stimme  
vollkommen zu

☐

Mein Körper fühlt sich taub an

Stimme gar nicht  
zu

☐

Stimme eher  
nicht zu

☐

Stimme weder zu  
noch lehne ab

☐

Stimme eher zu

☐

Stimme  
vollkommen zu

☐

Ich habe ein Gefühl der Loslösung oder Trennung vom eigenen Körper

Stimme gar nicht  
zu

☐

Stimme eher  
nicht zu

☐

Stimme weder zu  
noch lehne ab

☐

Stimme eher zu

☐

Stimme  
vollkommen zu

☐

Ich habe ein Schwindelgefühl

Stimme gar nicht  
zu

☐

Stimme eher  
nicht zu

☐

Stimme weder zu  
noch lehne ab

☐

Stimme eher zu

☐

Stimme  
vollkommen zu

☐

Die Unterscheidung zwischen nah und fern ist verschwommen

Stimme gar nicht  
zu

☐

Stimme eher  
nicht zu

☐

Stimme weder zu  
noch lehne ab

☐

Stimme eher zu

☐

Stimme  
vollkommen zu

☐

Hast du eine Bewegung während dem Experiment wahrgenommen?

Ja

☐

Nein

☐