

# Teilnehmerfragebogen

Datum: 05.08.2018

Geschlecht: M ☐  
F ☒

Geburtsmonat und -jahr: 10.1995

Probandencode (Vom Versuchsleiter auszufüllen):

## Händigkeit

Bitte tragen Sie in die untenstehende Tabelle für jede der Tätigkeiten ein, mit welcher Hand Sie diese ausführen.

- Zwei Kreuze in eine Spalte, wenn Sie immer die gleiche Hand benutzen
- Ein Kreuz pro Spalte, wenn Sie beide Hände gleich häufig benutzen

Tätigkeit	Links	Rechts
Eine Nachricht schreiben (Brief)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Ein Bild zeichnen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Eine Zahnbürste benutzen	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Einen Ball werfen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Eine Schere benutzen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

IN JEDER ZEILE SOLLTEN ZWEI KREUZE ENTHALTEN SEIN

Was ist ihre Muttersprache? deutsch

Sind sie zweisprachig? Ja ☐  
Nein ☒

Falls Deutsch nicht ihre Muttersprache ist:

- In welchem Alter haben Sie angefangen, deutsch zu lernen?
- Seit wann verwenden Sie Deutsch jeden Tag?

Sehkraft: Normal ☐ Brille ☒ Lesebrille ☐ Kontaktlinsen ☐

Ist die Sehkraft in einem Auge deutlich besser als im anderen Auge?

Ja ☒

Nein ☐

Unklar ☐

Kennen Sie Ihre Sehwerte (in Dioptrien)?

Links: unbekannt

Rechts: unbekannt

Haben Sie eine starke Hornhautverkrümmung? Ja ☒ Nein ☐ Unklar ☐

Sind Sie farbenblind? Ja ☐ Nein ☒ Unklar ☐

Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beurteilen?

schlecht ☐

befriedigend ☐

gut ☐

ausgezeichnet ☒

Haben Sie oder hatten Sie eines der folgenden?

- Grauer Star Ja ☐ Nein ☒
  - Falls ja: Operativ behandelt?
- Grüner Star / Makuladegeneration Ja ☐ Nein ☒
- Atemwegserkrankung Ja ☐ Nein ☒
- Erkrankung des Herzens Ja ☐ Nein ☒
  - Falls ja: Behandlung/Medikamente?
- Hoher Blutdruck oder Anämie Ja ☐ Nein ☒
  - Falls ja: Behandlung/Medikamente?
- Arthritis Ja ☐ Nein ☒
  - Falls ja: welcher Körperteil ist betroffen? Behandlung/Medikamente?
- Hatten Sie jemals einen epileptischen Anfall? Ja ☐ Nein ☒
- Hatten Sie jemals einen Schlaganfall? Ja ☐ Nein ☒
- Haben Sie jemals für mehr als einige Sekunden das Bewusstsein verloren? (z.B. Gehirnerschütterung)? Ja ☐ Nein ☒
- Haben Sie jemals einen Hirnschaden erlitten? Ja ☐ Nein ☒

Waren Sie jemals bei einem Neurologen ☒ Psychotherapeuten ☐ Psychiater ☐?

Falls ja: bitte erklären:

Neurologische Untersuchung wegen Kopfschmerzen, keine Auffälligkeiten

Wie viele alkoholische Getränke nehmen Sie pro Woche durchschnittlich zu sich?

3

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

**Keine Medikamenteneinnahme**

Haben Sie in den letzten drei Monaten noch andere Medikamente oder Drogen eingenommen? Ja ☐ Nein ☒

Haben Sie jemals Mittel eingenommen, die eine Wirkung auf Emotion und Verhalten haben können (z.B. Ritalin)? Ja ☐ Nein ☒

Gibt es noch körperliche oder psychische Probleme, die noch nicht erwähnt wurden?

-

Wie stark beeinträchtigen eventuell erwähnte Probleme Ihr Alltagsleben?

~~Klicken~~ oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ich habe die hier gestellten Fragen nach bestem Gewissen und wahrheitsgemäß beantwortet

Ja ☒

Nein ☐

*Bitte speichern Sie nun das ausgefüllte Dokument als „Teilnehmerfragebogen NAME“ ab, und schicken Sie die Datei an den Versuchsleiter zurück*