**Demografik Bilgi Formu**

**Katılımcı no: Uygulama Tarihi: … / … / …**

Yaşınız:

Cinsiyetiniz: **□** Kadın □ Erkek

Medeni haliniz: □ Evli □ Bekar □ Dul □ Boşanmış

Eğitim düzeyiniz (en son mezun olduğunuz okul):

□Lise (9–12 yıl) □Lisans (12-16) □Lisans üstü (16+)

Mesleğiniz:

Son 6 ayda psikiyatrik ve/veya nörolojik bir rahatsızlığınız oldu mu? □ Evet □ Hayır

Herhangi bir psikiyatrik/nörolojik ilaç kullanıyor musunuz? □ Evet □ Hayır

Kullanıyorsanız ne zamandır?

Herhangi bir görme bozukluğunuz var mı? □ Evet □ Hayır

Varsa düzeltilmiş mi? □ Evet □ Hayır