|  |  |
| --- | --- |
| Erste Sitzung  Anweisung. Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an. | |
| A) |
| 1. Wie viele Stunden haben Sie geschlafen in der letzten Nacht? |  |
| 1. Bitte schätzen Sie, wie gut Sie geschlafen haben auf einer Skala von 1 bis 5!   (1: sehr schlecht – 5: sehr gut) | 1 2 3 4 5 |
| 1. Wie viele Minuten brauchten Sie zum Einschlafen? |  |
| 1. Wie oft sind Sie aufgewacht während der letzten Nacht? |  |
| 1. Haben Sie heute Kaffee getrunken? | JA  NEIN  Falls ja, geben Sie bitte an, wann haben Sie Sie ihren letzten Kaffee getrunken? |
| 1. Haben Sie in den letzten 24 Stunden Medikamente eingenommen? | JA  NEIN  Falls ja, bitte geben Sie die Namen der Medikamente an: |
| 1. Haben Sie in den letzten 24 Stunden Alkohol getrunken? | JA  NEIN  Falls ja, geben Sie bitte an, wie viel Alkohol Sie getrunken haben:  wenig  mäßig  viel  sehr viel |
| 1. Wie fühlen Sie sich im Moment? (1 = sehr müde - 10 = vollkommen wach) | 1 2 3 4 5  6 7 8 9 10 |
| 1. Haben Sie im Moment Kopfschmerzen? | JA  NEIN  Falls ja, wie stark sind Ihre Kopfschmerzen?  (1 = gering - 10 = sehr stark): |
| 1. Haben sie weitere Auffälligkeiten festgestellt? | JA  NEIN  Falls ja, bitte rufen Sie den Experimentator. |

|  |
| --- |
| B) |
| 1. Wie fühlen Sie sich im Moment? (1 = sehr müde - 10 = vollkommen wach) | 1 2 3 4 5  6 7 8 9 10 |
| 1. Haben Sie während der Aufgabe Kopfschmerzen wahrgenommen? | JA  NEIN  Falls ja, wie stark waren Ihre Kopfschmerzen?  (1 = gering - 10 = sehr stark): |
| 1. Haben sie weitere Auffälligkeiten festgestellt? | JA  NEIN  Falls ja, bitte rufen Sie den Experimentator. |

|  |  |
| --- | --- |
| Zweite Sitzung  Anweisung. Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an. | |
| A) |
| 1. Wie viele Stunden haben Sie geschlafen in der letzten Nacht? |  |
| 1. Bitte schätzen Sie, wie gut Sie geschlafen haben auf einer Skala von 1 bis 5!   (1: sehr schlecht – 5: sehr gut) | 1 2 3 4 5 |
| 1. Wie viele Minuten brauchten Sie zum Einschlafen? |  |
| 1. Wie oft sind Sie aufgewacht während der letzten Nacht? |  |
| 1. Haben Sie heute Kaffee getrunken? | JA  NEIN  Falls ja, geben Sie bitte an, wann haben Sie Sie ihren letzten Kaffee getrunken? |
| 1. Haben Sie in den letzten 24 Stunden Medikamente eingenommen? | JA  NEIN  Falls ja, bitte geben Sie die Namen der Medikamente an: |
| 1. Haben Sie in den letzten 24 Stunden Alkohol getrunken? | JA  NEIN  Falls ja, geben Sie bitte an, wie viel Alkohol Sie getrunken haben:  wenig  mäßig  viel  sehr viel |
| 1. Wie fühlen Sie sich im Moment? (1 = sehr müde - 10 = vollkommen wach) | 1 2 3 4 5  6 7 8 9 10 |
| 1. Haben Sie im Moment Kopfschmerzen? | JA  NEIN  Falls ja, wie stark sind Ihre Kopfschmerzen?   1. = gering - 10 = sehr stark): |
| 1. Was denken Sie, wie Ihre Leistung heute sein wird? | BESSER als gestern  GENAU wie gestern  SCHLECHTER als gestern  Was denken Sie, wie stark dieser Effekt in Prozent sein wird \*?  %  \*( z.B. 10 % verbessert/ verschlechtert) |
| 1. Haben sie weitere Auffälligkeiten festgestellt? | JA  NEIN  Falls ja, bitte rufen Sie den Experimentator. |

|  |
| --- |
| B) |
| 1. Wie fühlen Sie sich im Moment? (1 = sehr müde - 10 = vollkommen wach) | 1 2 3 4 5  6 7 8 9 10 |
| 1. Haben Sie während der Aufgabe Kopfschmerzen wahrgenommen? | JA  NEIN  Falls ja, wie stark waren Ihre Kopfschmerzen?  (1 = gering - 10 = sehr stark): |
| 1. Haben sie weitere Auffälligkeiten festgestellt? | JA  NEIN  Falls ja, bitte rufen Sie den Experimentator. |
| 1. Was denken Sie, wie Ihre Leistung heute war? | BESSER als gestern  GENAU wie gestern  SCHLECHTER als gestern  Was denken Sie, wie stark dieser Effekt in Prozent war \*?  %  \*( z.B. 10 % verbessert/ verschlechtert) |