**Katılımcı Bilgi Formu**

Katılımcı Numarası: Bölümü:

Cinsiyet: Yaş:

1.   Herhangi bir görme bozukluğunuz var mı?

* Evet
* Hayır

2.   Şu anda gözlük ya da lens takıyor musunuz?

* Evet
* Hayır

3.   Daha önce psikiyatrik/psikolojik bir rahatsızlık tanısı aldınız mı?

* Evet
* Hayır

Eğer yanıtınız evet ise lütfen konulan tanıyı belirtiniz ……………………………..

4.   Daha önce nörolojik bir rahatsızlık tanısı aldınız mı?

* Evet
* Hayır

Eğer yanıtınız evet ise lütfen konulan tanıyı belirtiniz ……………………………..

5.   Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

* Evet
* Hayır

Eğer yanıtınız evet ise lütfen ilacın adını belirtiniz ……………………………..

6.   Daha önce kafa travması geçirdiniz mi?

* Evet
* Hayır

7.   Aşağıda belirtilen bozukluklardan herhangi birine dair tanı aldıysanız, lütfen bu bozukluğu işaretleyiniz.

* Disleksi
* Diskalkuli
* Uzamsal İhmal

8.   Son 6 ay içerisinde Psikoloji Laboratuvarı’nda deneye girdiniz mi? Yanıtınız evet ise deneyin konusunu ve araştırmacıyı belirtiniz.

**Aşağıdaki dillere ait alfabelerden herhangi birini okuyabiliyor veya yazabiliyor musunuz?**  
**Lütfen okuma ve yazma durumunuzu yetkinlik düzeyinizi yansıtacak şekilde kutucukları işaretleyerek belirtiniz.**

**Not:** Hiç kutucuk işaretlemezseniz, o dilin alfabesini hiç bilmiyorsunuz demektir. Tüm kutucukları işaretlerseniz, o dili çok iyi biliyorsunuz demektir.

| **Dil** | **Okuma Yetkinliği** | **Yazma Yetkinliği** |
| --- | --- | --- |
| Arapça | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ |
| Osmanlıca | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ |
| İbranice | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ |
| Farsça | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ |
| Diğer (Lütfen belirtiniz): \_\_\_\_\_\_ | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ |