|  |
| --- |
| **Fragebogen vor dem Experiment.**  Anweisung. Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen. Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an. |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Alter: |  |
| 1. Geschlecht: | M  W |
| 1. Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): |  |
| 1. Wie viele Jahre haben Sie mit Schule, Ausbildung und Studium verbracht? (in Jahren): |  |
| 1. Haben Sie bereits in einem anderen Experiment mit elektrischer oder magnetischer Stimulation teilgenommen? | JA  NEIN |
| 1. Nehmen Sie zurzeit an einem anderen Experiment Teil? | JA  NEIN |
| 1. Haben Sie Kopfschmerzen? | JA  NEIN  Falls ja, wie oft haben Sie Kopfschmerzen?  Jeden Tag  Mehrmals pro Woche  Einmal pro Woche  Mehrmals pro Monat  Weniger als einmal pro Monat  Bitte geben Sie an, wie intensiv Ihre Kopfschmerzen sind!  (1 = gering - 10 = nicht aushaltbar): |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fragebogen für die erste Sitzung.**  Anweisung. Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen. Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an. | |
| 1. **Vor der Sitzung.** |
| 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 Sie ihren letzten Kaffee getrunken haben? |
| 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. |

|  |
| --- |
| 1. **Nach der Sitzung.** |

|  |  |
| --- | --- |
| 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. |

Anmerkungen (wird vom Personal ausgefüllt)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fragebogen für die Sitzungen zwei bis fünf.**  Anweisung. Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen. Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an. | |
| 1. **Vor der Sitzung.** |
| 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 Sie ihren letzten Kaffee getrunken haben? |
| 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. |

|  |
| --- |
| 1. **Nach der Sitzung.** |
| 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. Hat ihre Kopfhaut während der Stimulation unter den Elektroden gekribbelt? | JA  NEIN  - Falls ja, wie stark haben Sie das Kribbeln gespürt?  1 = gering - 10 = sehr stark: |
| 1. Hat ihre Kopfhaut während der Stimulation unter den Elektroden gejuckt? | JA  NEIN  Falls ja, wie stark haben Sie das Jucken gespürt?  1 = gering - 10 = sehr stark: |
| 1. Hat ihre Kopfhaut während der Stimulation unter den Elektroden gebrannt? | JA  NEIN  Falls ja, wie stark haben Sie das Brennen gespürt?  1 = gering - 10 = sehr stark: |
| 1. Haben Sie während der Aufgabe Lichtflackern wahrgenommen? | JA  NEIN  Falls ja, wie stark war diese Wahrnehmung?  1 = gering - 10 = sehr stark: |
| 1. Haben sie weitere Auffälligkeiten festgestellt? | JA  NEIN  Falls ja, bitte rufen Sie den Experimentator. |

Anmerkungen (wird vom Personal ausgefüllt)

|  |
| --- |
|  |