

Screening Fragebogen

A A A

 Deutsch   

DEUTSCH / ENGLISH

Willkommen!

Danke für Dein Interesse an meiner Studie.

Bevor ich Dich zu uns ins Labor einlade, würde ich gerne **überprüfen, ob Du zur Teilnahme geeignet bist**. Dafür ist dieser Fragebogen gedacht. Ich werde Dir **einige Fragen zu Deiner Gesundheit und Deinem Schlaf** stellen.

Am Ende des Fragebogens, falls Du zur Teilnahme berechtigt und bereit bist, wirst Du um persönliche Informationen gebeten (Name, Email), sodass wir die erste Studiensitzung ausmachen können. Erst in dieser Sitzung entscheidest Du, ob Du der Teilnahme zustimmst oder nicht. Dein Einverständnis wird nicht automatisch erteilt, indem Du diesen Fragebogen ausfüllst.

Fragebogendaten werden sicher auf der Plattform REDCap für die Dauer der Studie (Juni - Dezember 2023) gespeichert, dennoch kannst Du die Löschung Deiner Daten jederzeit verlangen.

Dauer des Fragebogens: ~ 10 min

Worum geht es in der Studie?

Im Rahmen meines Promotionsprojekts an der TU München untersuche ich die **Effekte von schnell flackerndem Licht auf Gehirnaktivität im Schlaf**. Das Ziel ist es, eine gewisse Form von Gehirnaktivität zu verstärken, die in Erkrankungen wie Alzheimer-Demenz beeinträchtigt ist: neue Forschungsergebnisse zeigen, dass schnell flackerndes Licht dazu in der Lage ist. Ich möchte testen, ob eine Anwendung während des Schlafs machbar und effektiv bei jungen, gesunden Menschen ist. Wenn ja, können wir es als Nächstes an älteren Menschen mit Demenzrisiko untersuchen.

Auf lange Sicht möchte ich zur Demenzprävention bzw. -verzögerung beitragen, mit einer Intervention, die für Betroffene möglichst nicht invasiv, preiswert und praktisch ist. *Das geht nur mit der Hilfe von Menschen wie Dir!*

Das Experiment beinhaltet die folgenden Sitzungen:

1. Eine 1-stündige Sitzung an einem Tag Deiner Wahl, bei der Du Dein Einverständnis erteilst und eine Messung im Wachzustand durchgeführt wird.
2. Eine Nacht im Schlaflabor an einem Wochenende, in der nur Deine Gehirnaktivität gemessen wird, sodass wir deinen "gewöhnlichen" Schlaf abbilden können.
3. Eine weitere Nacht im Schlaflabor (die direkt darauffolgende Nacht), in der Deine Gehirnaktivität gemessen wird und zusätzlich die Stimulation aktiviert wird, während Du schläfst.

In der ersten Sitzung erkläre ich gerne mehr dazu und beantworte alle Fragen. Versuchsteilnehmende bekommen eine Aufwandsentschädigung von 100 €, zudem biete ich individualisierte Schlafberichte an.

Ich habe die Studieninformation zur Kenntnis genommen und erwäge, an der Studie teilzunehmen.

* Antwort erforderlich

Ja, ich möchte mit dem Fragebogen fortfahren.

Nein, ich nehme lieber nicht teil.



Powered by REDCap

Screening Fragebogen

AAA
Deutsch   

Ausschlusskriterien

Du wirst zu einigen Symptomen oder Störungen befragt, die Du erlebt haben könntest. Bitte antworte ehrlich, sodass wir Dein Wohlbefinden und Deine Sicherheit während der Studie gewährleisten können.

Wenn Du Dir nicht sicher bist ob etwas, was Du erlebt hast, als Symptom oder Störung zählt, wähle bitte die Antwortoption "vielleicht" und spezifiziere es.

Bist Du zwischen 18 und 35 Jahre alt?

* Antwort erforderlich

Ja

Nein

Hast Du Schwierigkeiten, zwischen rot und grün zu unterscheiden (Rot-Grün-Schwäche)?

* Antwort erforderlich

Ja

Nein

Hast Du jedemals in Deinem Leben eine dieser Erfahrungen gemacht:

- Unkontrollierte schüttelnde Bewegungen des ganzen Körpers oder von Körperteilen, mit vollständigem oder teilweisem Bewusstseinsverlust (*Epilepsie, Anfall*)
- Pulsierende Kopfschmerzen, möglicherweise begleitet von Übelkeit, Empfindlichkeit gegenüber Licht / Geräuschen / Gerüchen, visuellen Störungen (*Migräne*)
- Gehirn-Operation (z.B. um einen Tumor zu entfernen, um ein Implantat durchzuführen...)
- Schwere Gehirnerschütterung
- Schlaganfall
- Andere neurologische Störungen

* Antwort erforderlich

Ja

Vielleicht

Nein

Unter Deinen Verwandten ersten Grades: Wurde jemand mit Epilepsie diagnostiziert, oder hat jemand Anfälle gehabt?

* Antwort erforderlich

Ja

Nein

(Deine Eltern, Geschwister oder Kinder)

Hast Du in den letzten 2 Monaten irgendeine dieser Substanzen konsumiert?

- Nikotin
- Cannabis
- Psychopharmaka
- Andere Drogen

* Antwort erforderlich

Ja

Vielleicht

Nein

| | |
|--|---|
| <p>In den letzten 6 Monaten, hast Du irgendeine von diesen Schlafstörungen erlebt? Oder hat dies jemand bei Dir bemerkt?</p> <ul style="list-style-type: none">• Regelmäßige Ein- oder Durchschlafstörungen (<i>Insomnie</i>)• Gehen oder Durchführen komplexer Aktivitäten in der Nacht ohne bei Bewusstsein zu sein und ohne anschließende Erinnerung daran (<i>Schlafwandeln</i>)• Unwillentliches, gewöhnliches Zähneknirschen während des Schlags (<i>Bruxismus</i>)• Exzessive Schläfrigkeit tagsüber mit plötzlicher Muskelschwäche (<i>Narkolepsie</i>)• Unangenehme "kriechende" Empfindungen und Schmerzen in den Beinen, die durch Bewegungen wie gehen oder treten abnehmen (<i>Restless Legs Syndrom</i>)• Periodisch unterbrochenes Atmen während des Schlags, das Keuch- oder Schnaufgeräusche verursacht, mehr als nur Schnarchen (<i>Schlafapnoe</i>) <p>* Antwort erforderlich</p> | <div>Ja</div> <div>Vielleicht</div> <div>Nein</div> |
| <p>Hast Du in den letzten 6 Monaten irgendeines dieser psychiatrischen Symptome gehabt?</p> <ul style="list-style-type: none">• Depressive Stimmung• Extreme Stimmungsschwankungen• Exzessive Ängste oder Sorgen• Substanzmissbrauch• Halluzinationen oder Paranoia• Suizidale Gedanken• Andere psychische Probleme <p>* Antwort erforderlich</p> | <div>Ja</div> <div>Vielleicht</div> <div>Nein</div> |
| <p>Ich war Schicht- oder Nachtarbeiter/in im letzten Monat:</p> <p>* Antwort erforderlich</p> | <div>Ja</div> <div>Nein</div> |
| <p>Im letzten Monat bin ich durch zwei oder mehr Zeitzeonen gereist:</p> <p>* Antwort erforderlich</p> | <div>Ja</div> <div>Nein</div> |
| <div>«</div> <div>➤</div> | |