**Fragebogen zur Soziodemografie und Gesundheit**

Bitte füllen Sie die nächsten 2 Seiten aus. Falls Sie eine Frage nicht beantworten möchten, streichen Sie diese. Ihre Antworten werden vollständig anonymisiert gespeichert und nur in dieser Studie verwendet.

Alter: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Erstsprache: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

|  |  |
| --- | --- |
| Biologisches Geschlecht:  Gender (erlebtes Geschlecht)  Händigkeit:  Höchster Bildungsabschluss:  Ist Ihre Sehfähigkeit eingeschränkt?  Wenn ja, nutzen sie heute eine Sehkorrektur?  Haben Sie schon an anderen Studien teilgenommen? (bitte alle zutreffenden ankreuzen)  Leiden Sie unter Hauterkrankungen oder Allergien? | weiblich männlich sonstiges:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  weiblich männlich sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  links rechts beidhändig  Kein Schulabschluss  Hautschul- /Realschulabschluss / Abitur  Hochschulabschluss  Ph.D.  Ja Nein  Nein Kontaktlinsen Brille  Verhalten / psychologisch  Elektroenzephalogramm (EEG)  Brain-Computer Interface (BCI)  Eye Tracking  Elektromyogram (EMG)  Elektrokardiogramm (EKG)  Hautleitfähigkeit (EDA)  Motion Capture  Bild / Video  Nein  Ja, in milder Ausprägung  Ja, in starker Ausprägung |

Ich bestätige, dass ich an keiner neurologischen Erkrankung leide (Epilepsie, Depression etc.)

⃞ Ja ⃞ Nein

Ich bestätige, dass ich mich momentan nicht krank fühle.

⃞ Ja ⃞ Nein

Ich bestätige, dass ich in den letzten 8h keinen Alkohol konsumiert habe.

⃞ Ja ⃞ Nein

Ich bestätige, dass ich heute keine Medikamente zu mir genommen habe.

⃞ Ja ⃞ Nein

Ich bestätige, dass ich in den letzten 24h keine Betäubungsmittel zu mir genommen habe.

⃞ Ja ⃞ Nein

Haben Sie vor der Studie körperlich oder mental anstrengende Aktivitäten durchgeführt?

⃞ Ja ⃞ Nein

Wie mental anstrengend waren diese Aktivitäten?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Gar nicht |  |  |  |  |  | Extrem |

Wie körperlich anstrengend waren diese Aktivitäten?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Gar nicht |  |  |  |  |  | Extrem |

Haben Sie in den letzten 12 Stunden Koffeine konsumiert? ⃞ Ja ⃞ Nein

*Wenn ja, geben Sie bitte an wann und wieviel.*