



Institut für Psychologie
AG Neuropsychologie
Prof. Dr. Stefan Debener
Ansprechpartner für eventuelle Rückfragen:
Prof. Dr. Stefan Debener
Telefon: +49 (0)441 798 4271
E-mail: stefan.debener@uol.de

Fragebogen zur Ausgangslage (FAL) – sub-____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben!

1. Wie alt sind Sie? _____Jahre
2. Sind Sie:
☐ rechtshändig
☐ linkshändig
☐ beidhändig.
3. Geschlecht:
☐ männlich
☐ weiblich
☐ divers.
4. Welchen Schulabschluss haben Sie? _____
5. Welcher Tätigkeit gehen Sie z.Zt. nach?
☐ Studium der Fachrichtung _____
☐ berufstätig als _____
☐ nicht berufstätig, sondern berentet/arbeitslos/sonstiges (bitte zutreffendes unterstreichen)
6. Leiden Sie unter einer Beeinträchtigung des Hörvermögens?
☐ Nein ☐ Ja, _____ (bitte Grund/Diagnose angeben)
7. Leiden Sie unter Ohrgeräuschen?
☐ Nein
☐ Ja
8. Wie viele Stunden haben Sie letzte Nacht geschlafen? _____ Stunden
9. Diese Schlafdauer war für mich:
☐ normal
☐ eher lang
☐ viel zu kurz, ich bin ziemlich müde.
10. Haben Sie gestern Alkohol getrunken?
☐ Nein ☐ Ja, _____ (bitte Menge angeben)

Bitte wenden!

11. Haben Sie heute Alkohol getrunken?

☐ Nein

☐ Ja, _____ (bitte Menge angeben)

12. Falls Sie Raucher sind, haben Sie heute:

☐ sehr viel

☐ normal

☐ wenig / gar nicht geraucht?

13. Falls Sie Kaffee, Tee oder Cola trinken, haben Sie heute:

☐ sehr viel

☐ normal

☐ wenig/keine

14. Vor wie vielen Stunden haben Sie zum letzten Mal gegessen? _____ Stunden

15. Sind Sie z.Zt. in neurologischer (inkl. z.B. wegen Stotterns), psychiatrischer oder psychologischer Behandlung?

☐ Nein

☐ Ja, wegen _____
(bitte Grund/Diagnose und Dauer der Behandlung angeben)

16. Waren Sie bereits früher einmal in neurologischer (inkl. z.B. wegen Stotterns), psychiatrischer/psychologischer Behandlung?

☐ Nein

☐ Ja, wegen _____
(bitte Grund/Diagnose und Zeitraum angeben)

17. Sind Sie z.Zt. in ärztlicher Behandlung (außer beim Neurologen/Psychiater)?

☐ Nein

☐ Ja, wegen _____

18. Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein?

☐ Nein

☐ Ja, _____
(bitte Namen des Medikamentes angeben)

19. Nehmen Sie Drogen oder haben Sie schon mal regelmäßig Drogen genommen?

☐ Nein

☐ Ja, _____
(bitte Namen des Medikamentes angeben)

Vielen Dank!