



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

sub-__

Fragebogen zur Ausgangslage (FAL)

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!

sub-__