



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!**