*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, psychiatrischer oder psychologischer Behandlung?

☐ Nein

☐ Ja, wegen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(bitte Grund/Diagnose und Dauer der Behandlung angeben)*

16. Waren Sie bereits früher einmal in neurologischer, 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-\_\_