

Fragebogen zur Erfassung von Empfindungen nach Transkranieller elektrischer Stimulation (TES)

(vorzugsweise vom Teilnehmer und Untersucher gemeinsam auszufüllen)

Untersucher:

Teilnehmer Name/Code: _____ Datum: ____/____/____

Experiment/Behandlung: _____

Bereits Stimulationserfahrung: **Nein** **Ja** an bereits absolvierten **Stimulationssitzungen**:

Art der hier verwendeten Stimulation _____ Intensität _____ mA (wenn bekannt)

Elektrodengröße: Anode (wenn bekannt) ____ * ____ Kathode (wenn bekannt) ____ * ____ (Form _____)

andere _____

Teilnehmer:

Haben Sie während der elektrischen Stimulation irgendwelche Nebenwirkungen/Beschwerden verspürt? Bitte geben Sie die Intensität der Beschwerde entsprechend der folgenden Skala an:

- **Keine** = Ich habe die Empfindung nicht wahrgenommen
- **Mild** = Ich habe die Empfindung leichtgradig wahrgenommen
- **Moderat** = Ich habe die Empfindung deutlich wahrgenommen
- **Stark** = Ich habe die Empfindung als unangenehm wahrgenommen

<i>Im Stimulationsblock habe ich folgendes wahrgenommen (Vom Teilnehmer auszufüllen, falls möglich, bitte Empfindungen separat auf zweitem Bogen für die jeweilige Elektrodenposition angeben):</i>				
	<i>Keine</i>	<i>Mild</i>	<i>Moderat</i>	<i>Stark</i>
Jucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärme/Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallischer/Eisen- geschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ermüdung/verringerte Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Falle einer wahrgenommenen Empfindung, wann hat sie begonnen? *(dieser Teil kann vervielfacht und für jede Empfindung ausgefüllt werden, z.B. jeweils für Schmerz, für Jucken etc. und kann/sollte modifiziert werden in Abhängigkeit von der Art des Experiments)*

- Am Anfang; Etwa in der Mitte; Gegen Ende der Stimulation

Dauer (mehrere Optionen erlaubt)

- Nur anfänglich Es hat in der Mitte des Blocks aufgehört Es hat am Ende des Blocks aufgehört

Wie stark haben diese Empfindungen Ihren allgemeinen Zustand beeinflusst?

- gar nicht geringfügig deutlich stark (?) sehr stark

Ort der Empfindungen:

- diffus lokal begrenzt nahe an der Elektrode, (welche?) _____; Anderer _____

Nach jeder Sitzung oder am Ende des gesamten Experiments erheben

Glauben Sie, dass Sie eine echte oder eine Scheinstimulation erhalten haben?

- [In der ersten Sitzung]: echt Placebo Ich weiß es nicht

[In der zweiten Sitzung]: usw.

Untersucher:

Bitte berichten Sie jede Art von unerwünschtem Ereignis oder eines Problems, die aufgetreten sind und bewerten Sie das Ereignis/Problem auf einer Skala von 0 bis 3 wie oben beschrieben (typischerweise Hautirritationen und Rötungen – separat für die Elektroden – Kopfschmerzen, schmerzende Kopfhaut, Schwindel, andere, bitte spezifizieren)

Zusätzliche Kommentare:
