

Ausschlusskriterien 220706

Sample -Nr/Pag.-Nr./ID der Testperson		
A1	Spricht die Testperson <i>nicht</i> ausreichend Deutsch, um die Testanweisungen zu verstehen?	Ja <input type="checkbox"/>
		Nein <input type="checkbox"/>
A2	Hat die Testperson eine unkorrigierte Hör- oder Sehbehinderung?	Ja <input type="checkbox"/>
		Nein <input type="checkbox"/>
A3	Hat die Testperson körperliche Beschwerden, Krankheiten oder Beeinträchtigungen, die sich negativ auf die Leistung im Test auswirken können?	Ja <input type="checkbox"/>
		Nein <input type="checkbox"/>
A4	Nimmt die Testperson zum Zeitpunkt der Testung Medikamente ein, die sich negativ auf die Leistung im Test auswirken können?	Ja <input type="checkbox"/>
		Nein <input type="checkbox"/>
A5	Ist die Testperson in den letzten sechs Monaten mit M-ABC-2 getestet worden?	Ja <input type="checkbox"/>
		Nein <input type="checkbox"/>
A6	Ist die Testperson zum Zeitpunkt der Testdurchführung in ein Krankenhaus, einer stationäre Behandlung oder eine psychiatrischen Einrichtung untergebracht?	Ja <input type="checkbox"/>
		Nein <input type="checkbox"/>
A7	Ist die Testperson aktuell in ambulanter chemotherapeutischer Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>
		Nein <input type="checkbox"/>
A8	Nimmt die Testperson Medikamente wie Antikonvulsiva, Antidepressiva oder Antipsychotika ein?	Ja <input type="checkbox"/>
		Nein <input type="checkbox"/>
A9	Erhält die Testperson eine Behandlung oder hat sie eine Diagnose bezüglich starker sensorischer Beeinträchtigung (Seh- oder Hörbehinderung), körperliche Beeinträchtigungen, die die Testperson daran hindern, den kompletten Test zu absolvieren (gebrochene Gliedmaßen, Verletzungen) oder intellektueller Beeinträchtigungen, sodass die Anweisungen nicht verstanden oder befolgt werden können, gestellt bekommen?	Ja <input type="checkbox"/>
		Nein <input type="checkbox"/>
A11	Erhält die Testperson eine Behandlung oder hat sie eine Diagnose bezüglich Hirntumor, traumatischer Hirnverletzung, Anfallsleiden und/ oder Epilepsie/ Enzephalitis, juveniler Parkinsonismus, Duchenne-Muskeldystrophie, juvenile rheumatoide Arthritis oder juvenile idiopathische Arthritis oder zerebraler Kinderlähmung gestellt bekommen?	Ja <input type="checkbox"/>
		Nein <input type="checkbox"/>
A12	Ist die Testperson eineiiger Zwilling eines anderen Probanden der Studie?	Ja <input type="checkbox"/>
		Nein <input type="checkbox"/>
A13	Ist die Testperson ein/e Verwandte/r ersten Grades des Testleiters oder lebt sie mit dem Testleiter in einem Haushalt?	Ja <input type="checkbox"/>
		Nein <input type="checkbox"/>
Wurde eine der Fragen A1 – A13 mit „Ja“ beantwortet, so kann der Test nicht weiter durchgeführt werden.		