

Skala zur Beurteilung des Inhalts einer Nahtoderfahrung

Wir bitten Sie darum, die folgenden 20 Aussagen basierend auf ihren Gefühlen und Gedanken zur Zeit der Nahtoderfahrung (weder davor noch danach) zu beantworten. Wählen Sie dazu die Antwort, die Ihnen am zutreffendsten erscheint (bitte kreuzen Sie jedoch nur eine Antwort pro Aussage an).

Jede Erfahrung und jeder Sinneseindruck variiert in seiner Intensität, deshalb bitten wir Sie die Intensität ihrer Erfahrung anhand der unten aufgeführten Beurteilungsskala zu beurteilen. Falls die unten geschilderten Aspekte auf die von Ihnen gemachte Erfahrung nicht zutreffen, dann antworten Sie bitte mit „0 – Trifft nicht zu.“. Sollten Sie dieselbe Erfahrung mehrmals gemacht haben, beziehen Sie ihre Antwort bitte auf die eindrucksvollste Erfahrung.

Beurteilungsskala:

0 - Trifft nicht zu

1 - Trifft ein wenig zu

2 - Trifft teilweise zu

3 - Trifft voll zu; diese Erfahrung ist in ihrer Stärke vergleichbar mit anderen, bereits gemachten und eindrucksvollen Erfahrungen

4 - Trifft im besonderen Maße zu; die Erfahrung übersteigt die vorherige Stufe und ist in ihrer Ausprägung stärker und eindrucksvoller als alle anderen, bereits gemachten Erfahrungen

	0	1	2	3	4
1. Ihre Wahrnehmung von Zeit war verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ihre Gedanken rasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sie haben eine oder mehrere Stimmen gehört, die jedoch keinen physischen Ursprung hatten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sie hatten das Gefühl plötzlich alles über sich selbst, andere und/oder das Universum zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sie hatten ein Gefühl von Frieden und/oder Wohlbefinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sie erlebten ein Gefühl von Harmonie oder Einigkeit, als seien Sie Teil eines größeren Ganzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sie haben ein helles Licht gesehen oder wurden von diesem umgeben. Das Licht hatte jedoch keinen materiellen Ursprung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sie hatten ungewöhnliche Sinneseindrücke (Sehsinn, Hörsinn, Geruchsinn, Tastsinn und/oder Geschmacksinn).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sie waren sich Dingen bewusst, die Ihre gewöhnlichen Sinneswahrnehmungen überstiegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sie erhielten aufschlussreiches Wissen über die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sie hatten den Eindruck außerhalb oder losgelöst von ihrem Körper zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sie hatten den Eindruck die irdische Welt zu verlassen oder eine neue Dimension und/oder Umgebung zu betreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sie haben Erlebnisse aus ihrer Vergangenheit gesehen oder wiedererlebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sie haben die Präsenz von „Etwas“ gespürt und/oder begegneten „Jemandem“ (möglicherweise einem Verstorbenen) oder einem anderen, nicht-menschlichen Wesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sie erlebten sich als nicht existent, als Teil einer unendlichen Leere, und/oder fühlten Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Sie näherten sich einer Grenze und/oder einem Punkt, ab dem es kein Zurück mehr gab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sie trafen die Entscheidung, oder waren gezwungen, diese Erfahrung hinter sich zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sie hatten das Gefühl zu sterben oder bereits verstorben zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sie haben einen Durchgang gesehen oder betreten (zum Beispiel einen Tunnel oder eine Tür).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sie haben den Eindruck, dass die Erfahrung nicht mit Worten beschrieben werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>