

## Liste der beteiligten Studienzentren inkl. der lokal verantwortlichen Ärzte bzw. Ärztinnen

### Angaben zur Studie

|  |  |
|--|--|
| <b>Studientitel</b>                        | Perimetrische Untersuchung des Gesichtsfeldes mittels VR |
| Version und Datum<br><b>(dieser Liste)</b> | Version 1.0   30.10.2025                                 |

### Angaben zu den Studienzentren

Studienzentren sind die Einrichtungen (Kliniken, Institute, etc.), in denen studienbedingte Maßnahmen bzw. studienbezogene Tätigkeiten, wie die Auswertung von Daten, durchgeführt werden.

|    | <b>Studienzentrum</b>   | <b>Verantwortliche Person</b>  |
|----|---|--|
| 1  | Augenklinik Heidelberg (Universitätsklinikum Heidelberg), Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg | Prof. Dr. Ina Conrad-Hengerer  |
| 2  | BITTE GEBEN SIE NAME UND ANSCHRIFT DES STUDIENZENTRUMSS AN.   | BITTE GEBEN SIE HIER DEN NAMEN DER FÜR DAS STUDIENZENTUM VERANTWORTLICHEN PERSON AN. |
| 3  | BITTE GEBEN SIE NAME UND ANSCHRIFT DES STUDIENZENTRUMSS AN.   | BITTE GEBEN SIE HIER DEN NAMEN DER FÜR DAS STUDIENZENTUM VERANTWORTLICHEN PERSON AN. |
| 4  | BITTE GEBEN SIE NAME UND ANSCHRIFT DES STUDIENZENTRUMSS AN.   | BITTE GEBEN SIE HIER DEN NAMEN DER FÜR DAS STUDIENZENTUM VERANTWORTLICHEN PERSON AN. |
| 5  | BITTE GEBEN SIE NAME UND ANSCHRIFT DES STUDIENZENTRUMSS AN.   | BITTE GEBEN SIE HIER DEN NAMEN DER FÜR DAS STUDIENZENTUM VERANTWORTLICHEN PERSON AN. |
| 6  | BITTE GEBEN SIE NAME UND ANSCHRIFT DES STUDIENZENTRUMSS AN.   | BITTE GEBEN SIE HIER DEN NAMEN DER FÜR DAS STUDIENZENTUM VERANTWORTLICHEN PERSON AN. |
| 7  | BITTE GEBEN SIE NAME UND ANSCHRIFT DES STUDIENZENTRUMSS AN.   | BITTE GEBEN SIE HIER DEN NAMEN DER FÜR DAS STUDIENZENTUM VERANTWORTLICHEN PERSON AN. |
| 8  | BITTE GEBEN SIE NAME UND ANSCHRIFT DES STUDIENZENTRUMSS AN.   | BITTE GEBEN SIE HIER DEN NAMEN DER FÜR DAS STUDIENZENTUM VERANTWORTLICHEN PERSON AN. |
| 9  | BITTE GEBEN SIE NAME UND ANSCHRIFT DES STUDIENZENTRUMSS AN.   | BITTE GEBEN SIE HIER DEN NAMEN DER FÜR DAS STUDIENZENTUM VERANTWORTLICHEN PERSON AN. |
| 10 | BITTE GEBEN SIE NAME UND ANSCHRIFT DES STUDIENZENTRUMSS AN.   | BITTE GEBEN SIE HIER DEN NAMEN DER FÜR DAS STUDIENZENTUM VERANTWORTLICHEN PERSON AN. |
| 11 | BITTE GEBEN SIE NAME UND ANSCHRIFT DES STUDIENZENTRUMSS AN.   | BITTE GEBEN SIE HIER DEN NAMEN DER FÜR DAS STUDIENZENTUM VERANTWORTLICHEN PERSON AN. |
| 12 | BITTE GEBEN SIE NAME UND ANSCHRIFT DES STUDIENZENTRUMSS AN.   | BITTE GEBEN SIE HIER DEN NAMEN DER FÜR DAS STUDIENZENTUM VERANTWORTLICHEN PERSON AN. |
| 13 | BITTE GEBEN SIE NAME UND ANSCHRIFT DES STUDIENZENTRUMSS AN.   | BITTE GEBEN SIE HIER DEN NAMEN DER FÜR DAS STUDIENZENTUM VERANTWORTLICHEN PERSON AN. |

| EKHD              | Dokumenten-ID | Datum      | Version | Status      | Klassifizierung | Seite   |
|-------------------|---------------|------------|---------|-------------|-----------------|---------|
| Dokumentenvorlage | 166298        | 11.02.2025 | 001     | freigegeben | öffentlich      | 1 von 1 |