

**Angaben zur Studie**

<b>Studientitel</b>	Perimetrische Untersuchung des Gesichtsfeldes nach Goldmann mittels VR
Version und Datum <b>(dieser Liste)</b>	Version 1.0   01.12.2025

**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	Hochschule Heilbronn (HHN), Max-Planck-Straße 39, 74081 Heilbronn	Prof. Dr. Alexandra Reichenbach
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