

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

Angaben zur Studie

Studientitel	Perimetrische Untersuchung des Gesichtsfeldes mittels VR
Version und Datum (dieser Liste)	Version 1.0 17.09.2025

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.

	Studienzentrum	Verantwortliche Person
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