

Adalimumab Register Uveitis im Kindes- und Jugendalter

Studienplanungsbogen

Zentrumsnummer (erhalten Sie nach Erstmeldung):

Patientennummer (erhalten Sie nach Meldung des Patienten):

Geburtsdatum:
TT MM JJ

Name des Patienten: _____ / _____
Vorname Nachname

Anschrift: _____
Strasse Hausnummer
 _____ / _____
PLZ Wohnort

Telefon: _____ / _____

Einschlusskriterien:

- Endogene nichtinfektiöse ein- oder beidseitige Uveitis
- Visusgefährdung durch Uveitis
- Alter bei erster Uveitismanifestation vor dem 16. Lebensjahr
- Mit oder ohne assoziierte entzündlich-rheumatische Systemerkrankung
- Langfristige Betreuung im Zentrum vorgesehen

Beginn der Dokumentation:
TT MM JJ

Fax der Einverständniserklärung und der Basisbögen an Studienzentrum:
TT MM JJ

Folgedokumentationen	Bitte alle geplanten Einbestellungstermine eintragen!			Bögen ausgefüllt von:	Fax an 0251-9330819 erfolgt:		
	TT	MM	JJ	Augenarzt	TT	MM	JJ
Nach 2 Wochen.....				○			
Nach 2 Monaten.....				○			
Nach 6 Monaten.....				○			
Nach 12 Monaten.....				○			
Nach 18 Monaten.....				○			
Nach 24 Monaten.....				○			
Nach 30 Monaten.....				○			
Nach 36 Monaten.....				○			
Nach 42 Monaten.....				○			
Nach 48 Monaten.....				○			
Nach 54 Monaten.....				○			
Nach 60 Monaten.....				○			

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:
 Adalimumab-Register der DOG Sektion Uveitis und der GKJR Deutschland,
 Prof. Dr. med. A. Heiligenhaus, Uveitis-Zentrum, Augenabteilung am St. Franziskus Hospital, Münster; Telefon: 0251-933080