

**Infliximab 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	Pädiater	Pat./Eltern	TT	MM	JJ
Nach 2 Wochen.....				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nach 2 Monaten.....				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nach 6 Monaten.....				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nach 12 Monaten.....				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nach 18 Monaten.....				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nach 24 Monaten.....				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nach 30 Monaten.....				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nach 36 Monaten.....				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nach 42 Monaten.....				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nach 48 Monaten.....				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nach 54 Monaten.....				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nach 60 Monaten.....				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

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