

Rückmeldebogen

An
 Prof. Dr. Barbara Käsmann
 Universitäts - Augenklinik
 Kinderophthalmologie, Sehbehinderung
 Campus, Geb. 22
 D 66421 Homburg (Saar)

Teilnahme an der Studie: Untersuchung zur Verarbeitung des Seheindrucks im Gehirn bei Achromatopsie

„ICH“ - BZW. BEI ELTERN EINES KINDES GLEICHBEDEUTEND MIT „MEIN KIND“	JA	NEIN
Ich möchte gerne an der Studie teilnehmen		
Ich habe Interesse, falls möglich, an einer sehbehindertenspezifischen Beratung zum gleichen Termin		
Ich habe Interesse, falls möglich, andere Achromatopsie- Betroffene kennen zu lernen		
Ich bin bereits in Tübingen genetisch getestet worden		
Ich habe eine komplette Achromatopsie (keinerlei Farbsehen)		
Ich sehe manche Farben (inkomplette Achromatopsie)		
	Rechts	Links
Sehschärfe - soweit bekannt		
Nystagmus (Augenzittern) ja oder nein?		
Alter	Jahre	
Grad der Behinderung (Schwerbehindertenausweis)	Prozent	
Beruf bzw. Ausbildung		
Mein Name, Adresse und Telefon E-Mail		
Name und Adresse meines Augenarztes:		
Meine Unterschrift und Datum zur Entbindung der Schweigepflicht: Ich bin einverstanden, dass mein Augenarzt die Befunde von mir an Frau Prof. Dr. Käsmann übermittelt		
Meine Unterschrift und Datum zur Bestätigung, dass ich / mein Kind an der Untersuchung teilnehmen möchte		