

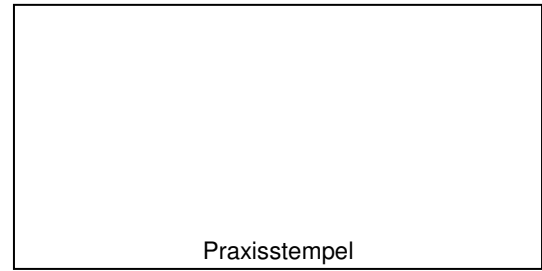
DOKUMENTATIONSBOGEN ULTRASCHALL DES GEHIRNS DURCH DIE OFFENE FONTANELLE

(gemäß Ultraschall-Vereinbarung § 10 Abs. 1 und 2)

Name, Vorname des Patienten (in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum (TTMMJJJJ) _____

Untersuchungsdatum (TTMMJJJJ) _____

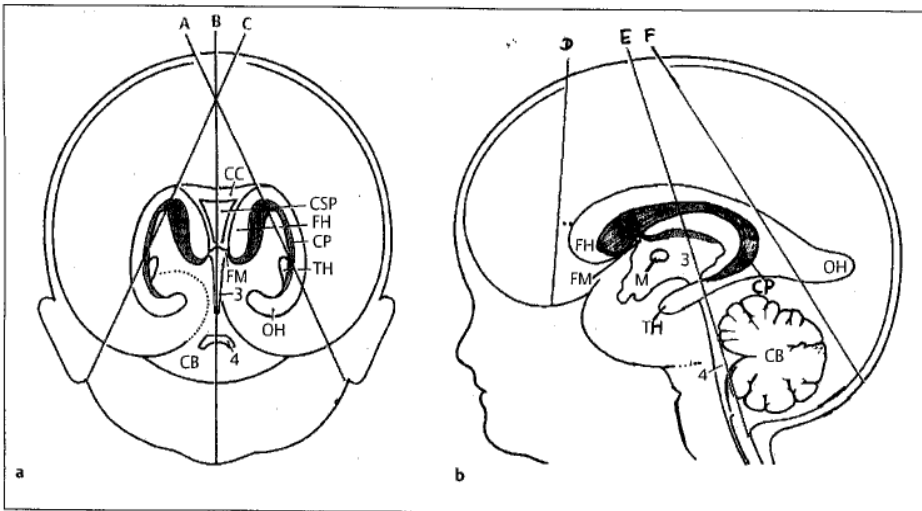


Praxisstempel

Indikation/Fragestellung:

Organspezifische Befundbeschreibung

ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit:



- a** Sagittale Schnittebenen
- b** Koronare Schnittebenen
- CB Zerebellum
- CC Corpus callosum
- CP Plexus choroideus
- CSP Cavum septi pellucidi
- FH Frontalhorn
- FM Foramen Monroi
- M Massa intermedia
- OH Okzipitalhorn
- TH Temporalhorn
- 3 III. Ventrikel
- 4 IV. Ventrikel

Zusammenfassende Beurteilung/(Verdachts-) Diagnose und ggf. abgeleitete Konsequenzen:

Ort, Datum

Unterschrift