

DOKUMENTATIONSBOGEN ULTRASCHALL PRAENATALDIAGNOSTIK

Weiterführende diff.-diagn. Abklärung nach GOP 01773
(gemäß Ultraschall-Vereinbarung § 10 Abs. 1 und 2)



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Name, Vorname des Patienten (in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum (TTMMJJJJ) _____

Untersuchungsdatum (TTMMJJJJ) _____

Praxisstempel

Überweisender Arzt:			
Indikation/Fragestellung:			
LP. _____ ET. _____ rechn. jetzt: _____ SSW			
Biometrie		Lage: <input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> BEL <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> QL	
SSL	mm \triangleq	SSW	<input type="checkbox"/> dorsoant. <input type="checkbox"/> dorsopost.
FO \emptyset	mm \triangleq	SSW	Bewegung: <input type="checkbox"/> lebhaft <input type="checkbox"/> träge
BIP	mm	FOD	SSW
KU	mm \triangleq	SSW	Herzaktion: <input type="checkbox"/> normalfrequenz <input type="checkbox"/> bradyk. <input type="checkbox"/> tachyk.
THQ/AU	mm	ThAP	mm
FL	mm \triangleq	SSW	FW: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Hydramnion <input type="checkbox"/> Oligohydramnion
Nabelschnur 2 Arterien:		Mehrlinge:	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Plazenta: Dicke mm		Chorionizität:	
<input type="checkbox"/> VW <input type="checkbox"/> HW <input type="checkbox"/> re. Seite <input type="checkbox"/> li. Seite			
<input type="checkbox"/> Fund. <input type="checkbox"/> präv. tot. <input type="checkbox"/> präv. part. <input type="checkbox"/> präv. marg.			
Nabelschnurinsertion			
Morphologie			
Kopf/Wirbelsäule			
Schädelform:	Hirnventrikel:	Cerebellum:	
Wirbelsäule:	Gesichtsprofil:	Orbitae:	

DOKUMENTATIONSBOGEN ULTRASCHALL PRAENATALDIAGNOSTIK

Weiterführende diff.-diagn. Abklärung nach GOP 01773
(gemäß Ultraschall-Vereinbarung § 10 Abs. 1 und 2)

Nackenregion/Hals:		Kiefer/Lippenregion:
Thorax		
Lunge:	Herz (Vierkammerblick/Position):	Gefäßabgänge (Herz):
Diaphragma:	Herzklappen:	Bauchdecke:
Abdominalorgane		
Magen:	Genitalorgane:	Nieren:
Leber:	Intestinum (Echogenität/ Dilatation):	Harnblase:
Extremitäten		
Untersuchungsbedingungen		
Zusammenfassende Beurteilung/(Verdachts-) Diagnose und ggf. abgeleitete Konsequenzen:		

Ort, Datum

Unterschrift