

DOKUMENTATIONSBOGEN ULTRASCHALL DER SCHILDDRÜSE

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



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Name, Vorname des Patienten (in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

Untersuchungsdatum (TTMMJJJJ)

Praxisstempel

Indikation/Fragestellung:

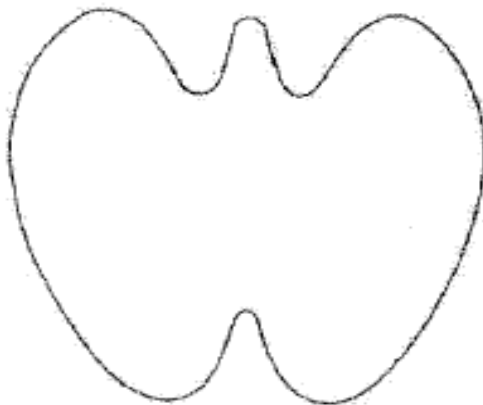
Organspezifische Befundbeschreibung

ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit:

Rechter SD-Lappen: ____/____/____ mm (B/D/L) Vol.: ____ ml

Linker SD-Lappen : ____/____/____ mm Vol.: ____ ml

Ges.Vol.: ____ ml (Norm: w<18ml, m<25ml)



Parenchym:

Homogene echonormale feingranuläre Binnenstruktur. Kein Herdbefund.

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

Ort, Datum

Unterschrift