

DOKUMENTATIONSBOGEN ULTRASCHALL ABDOMEN/ RETROPERITONEUM einschl. NIEREN

(gemäß Ultraschall-Vereinbarung § 10 Absatz 1 und 2)

Name, Vorname des Patienten (in Druckbuchstaben)

Identifikationsnummer (Patienten-ID)

Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

Untersuchungsdatum (TTMMJJJJ)

Praxisstempel

Fragestellung/Indikation: _____

ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen/Beurteilbarkeit: _____

Organspezifische Befundbeschreibung:

Normalbefund (Unzutreffendes bitte streichen)	Pathologischer Befund und/oder sonstige Bemerkungen
Leber: normal groß, glatte Konturen; gleichmäßiges, normal dichtes Reflexmuster ohne Herdbefund; unauffälliges intrahepatisches Gefäßsystem	
Gallenblase: normal groß, zartwandig und steinfrei; kein Aufstau der intra- und extrahepatischen Gallenwege	
Pankreas: in allen Abschnitten gut beurteilbar mit regelrechtem Reflexmuster, glatter Kontur und normaler Größe	
Nieren: bds. unauffällige Lage, Form, Größe und Kontur ohne Zeichen einer Harnabflussstörung oder einer Nephrolithiasis	
Milz: normal groß mit gleichmäßig unauffälligem Reflexmuster	
Aorta abd. und Vena cava inf.: von normaler Weite; Aorta glatt konturiert; kein Hinweis auf retroperitoneale Lymphome	
Harnblase: Restharn, wenn ja: Volumenangabe ____ ml Binnenreflexe: Konkrement/Tumor?	
Prostata: Volumen: ____ ml Binnenecho (homogen, hyperdens, hypodens):	
Sonstiges:	

Zusammenfassende Beurteilung/(Verdachts-) Diagnose

ggf. abgeleitete Konsequenzen: _____

Ort, Datum

Unterschrift