

DOKUMENTATIONSBOGEN ULTRASCHALL DER WEIBLICHEN GENITALORGANE

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

Name, Vorname des Patienten (in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum (TTMMJJJJ) _____

Untersuchungsdatum (TTMMJJJJ) _____

Praxisstempel

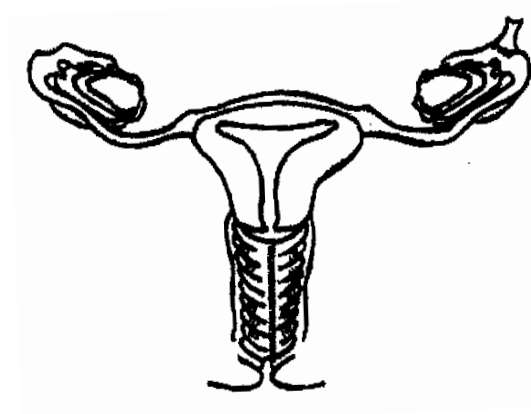
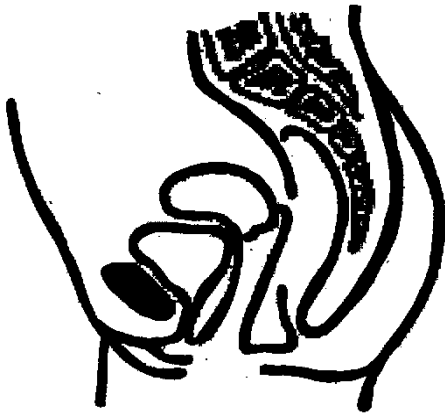
Indikation/Fragestellung:

Organspezifische Befundbeschreibung

ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit:

abdominal

vaginal



Uterus: _____ x _____ x _____ mm

Endometrium:

Ovar rechts: _____ x _____ x _____ mm

Ovar links: _____ x _____ x _____ mm

Douglasraum:

Farbdoppler:

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

Ort, Datum

Unterschrift