

## CT Abdomen

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



n.b. = nicht beurteilbar  
\*1) = Spezifikation nicht möglich

## Leber

Parenchym:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> leicht echoinhomogen	<input type="checkbox"/> stark echoinhomogen	<input type="checkbox"/> Zirrhose	<input type="checkbox"/> n.b.				
Größe MCL (cm):	falls nicht messbar:		<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> klein	<input type="checkbox"/> groß	<input type="checkbox"/> vergrößert	<input type="checkbox"/> n.b.		
Raumforderung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	in Segment(en):			<input type="checkbox"/> n.b.			
			<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Abszess	<input type="checkbox"/> Angiom	<input type="checkbox"/> Kontusion	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Zyste	<input type="checkbox"/> *1)
	Details:								
Leberrand:	<input type="checkbox"/> scharf	<input type="checkbox"/> abgerundet						<input type="checkbox"/> n.b.	
Gallen intrahep. gänge:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> dilatiert						<input type="checkbox"/> n.b.	
extrahep. gänge:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> dilatiert	<input type="checkbox"/> Cholecholithiasis					<input type="checkbox"/> n.b.	
Pfortader:	<input type="checkbox"/> offen	<input type="checkbox"/> Thrombose						<input type="checkbox"/> n.b.	
Vena cava:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> Hypovolämie	<input type="checkbox"/> Hypervolämie					<input type="checkbox"/> n.b.
Bemerkung:									

## Gallenblase

	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Z.n. Cholezystektomie	<input type="checkbox"/> Cholezystolithiasis	<input type="checkbox"/> Cholezystitis	<input type="checkbox"/> Empyem	<input type="checkbox"/> n.b.	
Raumforderung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Abszess	<input type="checkbox"/> Zyste	<input type="checkbox"/> *1)	<input type="checkbox"/> n.b.
	Details:						

## Pankreas

Parenchym:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Lipomatosis	<input type="checkbox"/> Ödem	<input type="checkbox"/> Fibrose	<input type="checkbox"/> n.b.				
Verkalkung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> n.b.			
Pankreatitis:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> n.b.			
Raumforderung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Kopf	<input type="checkbox"/> Korpus	<input type="checkbox"/> Schwanz	<input type="checkbox"/> n.b.			
			<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Abszess	<input type="checkbox"/> Angiom	<input type="checkbox"/> Kontusion	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Zyste	<input type="checkbox"/> *1)
	Details:								
Bemerkung:									

## Milz

	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Splenomegalie (cm):	<input type="checkbox"/> Hämatom (cm):	<input type="checkbox"/> Flüssigkeitssaum (cm):	<input type="checkbox"/> n.b.
Bemerkung:					

## CT Abdomen

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



n.b. = nicht beurteilbar  
\*1) = Spezifikation nicht möglich

## Niere Rechts

Längsdurchmesser (cm):

Querdurchmesser (cm):

Parenchymsaum (cm):

 Parenchym:  unauffällig  reduziert  atrophisch  Z.n. Nephrektomie  n.b.

 Nephrolithiasis:  nein  ja  n.b.

 Harnstau:  nein  ja  n.b.

 Raumforderung:  nein  ja  oberer Pol  mittig  unterer Pol  n.b.

 Tumor  Abszess  Angiom  Kontusion  Hämatom  Zyste  \*1)

Details:

Bemerkung:

## Niere Links

Längsdurchmesser (cm):

Querdurchmesser (cm):

Parenchymsaum (cm):

 Parenchym:  unauffällig  reduziert  atrophisch  Z.n. Nephrektomie  n.b.

 Nephrolithiasis:  nein  ja  n.b.

 Harnstau:  nein  ja  n.b.

 Raumforderung:  nein  ja  oberer Pol  mittig  unterer Pol  n.b.

 Tumor  Abszess  Angiom  Kontusion  Hämatom  Zyste  \*1)

Details:

Bemerkung:

## Freie Flüssigkeit

 keine  minimal  ausgeprägt  n.b.
Menge/  
Verteilung:

## Aorta

 unauffällig  einzelne Plaques  schwere Arteriosklerose  Aneurysma  Stenose  n.b.

Diameter (cm):

 Lymphknoten vergrößert paraaortal:  nein  ja ggf. Größe (cm):  n.b.

Bemerkung:

CT-Abdomen

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



*n.b. = nicht beurteilbar*  
*\*1) = Spezifikation nicht möglich*

**Kleines Becken** unauffällig  pathologisch n.b.

Bemerkung:

Untersucher

Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Erstellungsdatum: