

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



n.b. = nicht beurteilbar

Allgemein

Trachea mittig: nein ja Tubus oberhalb Carina: nein ja

Lunge rechts

Lunge links

Lunge	Auffälligkeiten / Veränderungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Rippenfraktur:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Pneumothorax:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Pleuraerguss:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Pleuraverdickung:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Atelektasen:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Infiltrate:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Vermehrte Bronchuszeichnung:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Path. Raumforderung:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Emphysem:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Interstitielle Lungenerkrankung:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.

Sonstiges

Fremdkörper: keiner linke Lu. rechte Lu. bds. Trachea n.b.

Anmerkung:

Prominenter Hilus: nein ja n.b.

Mediastinum verbreitert: nein ja n.b.

Herzschatten vergrößert: nein ja n.b.

Bemerkung:

Untersucher

Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Erstellungsdatum: