

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"/> Cholelithiasis      |                                   |                                       |                                     |                                  | <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: |                                      |  |  |   |                               |

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



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

## Niere Rechts

|  |                                     |                                     |  |                                    |                                  |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|----------------------------------|
| Längsdurchmesser (cm):   | Querdurchmesser (cm):               |                                     |  | Parenchymsaum (cm):                |                                  |
| Parenchym: <input type="checkbox"/> unauffällig                            | <input type="checkbox"/> reduziert  | <input type="checkbox"/> atrophisch | <input type="checkbox"/> Z.n. Nephrektomie | <input type="checkbox"/> n.b.      |                                  |
| Nephrolithiasis: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                                     |                                     |  | <input type="checkbox"/> n.b.      |                                  |
| Harnstau: <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"/> oberer Pol | <input type="checkbox"/> mittig     | <input type="checkbox"/> unterer Pol       | <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:

## Niere Links

|  |                                     |                                     |  |                                    |                                  |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|----------------------------------|
| Längsdurchmesser (cm):   | Querdurchmesser (cm):               |                                     |  | Parenchymsaum (cm):                |                                  |
| Parenchym: <input type="checkbox"/> unauffällig                            | <input type="checkbox"/> reduziert  | <input type="checkbox"/> atrophisch | <input type="checkbox"/> Z.n. Nephrektomie | <input type="checkbox"/> n.b.      |                                  |
| Nephrolithiasis: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                                     |                                     |  | <input type="checkbox"/> n.b.      |                                  |
| Harnstau: <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"/> oberer Pol | <input type="checkbox"/> mittig     | <input type="checkbox"/> unterer Pol       | <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:

## Freie Flüssigkeit

|                                |                                  |                                     |                               |
|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> minimal | <input type="checkbox"/> ausgeprägt | <input type="checkbox"/> n.b. |
| Menge/<br>Verteilung:          |                                  |                                     |                               |

## Aorta

|  |   |  |                                    |                                  |                               |
|--|---|--|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> unauffällig   | <input type="checkbox"/> einzelne Plaques | <input type="checkbox"/> schwere Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Aneurysma | <input type="checkbox"/> Stenose | <input type="checkbox"/> n.b. |
| Diameter (cm):   |   |  |                                    |                                  |                               |
| Lymphknoten vergrößert paraaortal: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | ggf. Größe (cm):                          |  |                                    |                                  | <input type="checkbox"/> n.b. |
| Bemerkung:   |   |  |                                    |                                  |                               |

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: