

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



n.b. = nicht beurteilbar

Allgemein

Trachea mittig: nein ja Tubus oberhalb Carina: nein ja

Lunge	Auffälligkeiten / Veränderungen:	Lunge rechts			Lunge links		
		<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: