

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



n.b. = nicht beurteilbar

## Allgemein

 Trachea mittig:  nein  ja      Tubus oberhalb Carina:  nein  ja

		Lunge rechts			Lunge links		
<b>Lunge</b>	<b>Auffälligkeiten / Veränderungen:</b>	<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:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Mediastinum verbreitert:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Herzschatten vergrößert:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Lymphknoten vergrößert mediastinal:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.

Bemerkung / sonstige

Auffälligkeiten

(z.B. Mamma, Axilla,

Schilddrüse):

 \_\_\_\_\_  
 Untersucher

 \_\_\_\_\_  
 Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Erstellungsdatum: