

Ärztliche Dokumentation der Schilddrüse

Bitte nutzen Sie ausschließlich dieses Dokument. Ein vorhandene Unterlagen *ergänzender* Einsatz ist möglich.

Initialen (laut Anschreiben), Geburtsdatum und ggf. Ident.-Nummer: _____

Untersuchungsdatum: _____

Untersucher (LANR): _____

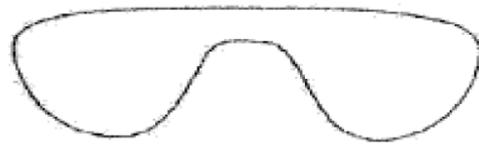
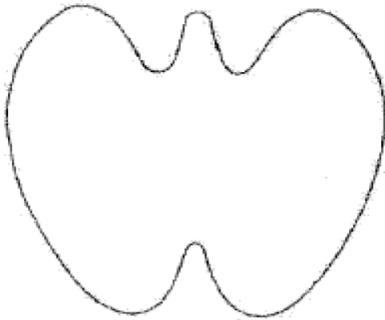
Fragestellung/Indikation der Untersuchung:

Organspezifische Befundbeschreibung, ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beuteilbarkeit:

Rechter SD-Lappen: ___/___/___ (B/D/L) Vol.: ___ ml

Linker SD-Lappen: ___/___/___ Vol.: ___ ml

Gesamtvolumen: ___ ml (Norm: w<18ml, m<25ml)



Ergänzende Befundbeschreibung (nicht bei Normalbefund):

(Verdachts-) Diagnose:

Abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen (nicht bei Normalbefund):