

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 1.1 - Gehirn durch die offene Fontanelle (B-Modus)  
 – Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

		Erfüllt?
<b>6</b>	<b>Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
	B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
	Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
	Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
	Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
	Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
	Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
	Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
	Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe / Körperregion</b>		
	Koronares Schnittbild in Höhe des Foramen Monroi	<input type="checkbox"/>
<b>9.2</b>	<b>Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
	Differenzierung von:	
	grauer und weißer Substanz	<input type="checkbox"/>
	Kerngebieten	<input type="checkbox"/>
	Ventrikelsystem	<input type="checkbox"/>

## Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse 2.2 - Gesamtes Auge (B-Modus) – Inhalte der Anlage III

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

		Erfüllt?
<b>6</b>	<b>Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
	Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
	Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
	Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
	Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
	Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
	Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
	<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
	Gesamtdarstellung eines Auges mit	<input type="checkbox"/>
	Hornhaut und Linse	<input type="checkbox"/>
	und Rückwand	<input type="checkbox"/>
	sowie Anschnitt des Sehnervs im Papillenbereich	<input type="checkbox"/>
	<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
	Differenzierung zwischen	
	Hornhaut	<input type="checkbox"/>
	Iris	<input type="checkbox"/>
	Linse	<input type="checkbox"/>
	Glaskörper	<input type="checkbox"/>
	Netzhaut	<input type="checkbox"/>
	Aderhaut	<input type="checkbox"/>
	Sklera	<input type="checkbox"/>
	Augenmuskelansätzen	<input type="checkbox"/>
	und vorderen 2/3 des Sehnervs	<input type="checkbox"/>
	Wiedergabe der gekrümmten Flächen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 2.6 - Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges (B-Modus)  
 – Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung der Hornhaut	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
Bildschärfe der Hornhautkonturen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 3.2 - Nasennebenhöhlen (B-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

		Erfüllt?
<b>6</b>	<b>Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
	B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
	Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
	Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
	Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
	Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
	Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
	Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
	Piktogramm mit Schallkopfposition und –orientierung	<input type="checkbox"/>
	<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
	Darstellung einer Nasennebenhöhle	<input type="checkbox"/>
	<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
	Differenzierung zwischen	
	Knochen und umgebenden Strukturen, Schleimhäuten	<input type="checkbox"/>
	soliden Geweben und Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 3.3 - Gesichtsweichteile, Halsweichteile, Speicheldrüsen (B-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

		Erfüllt?
<b>6</b>	<b>Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
	B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
	Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
	Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
	Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
	Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
	Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
	Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
	Piktogramm mit Schallkopfposition und –orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1</b>	<b>Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
	Darstellung einer Speicheldrüse <b>oder</b>	<input type="checkbox"/>
	Querschnittsdarstellung einer Seite des Halses (paramedian)	<input type="checkbox"/>
<b>9.2</b>	<b>Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
	Differenzierung zwischen	
	Wand- und Binnenstrukturen von Gefäßen und Gängen	<input type="checkbox"/>
	soliden Geweben und Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/>
	Erkennbarkeit von Binnenstrukturen in soliden Geweben/Organen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 3.4 - Schilddrüse (B-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und –orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Querschnitt einer Seite einschl. Größenbestimmung	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
Differenzierung zwischen	
Wand- und Binnenstrukturen von Gefäßen und Kapselstrukturen	<input type="checkbox"/>
soliden Geweben und Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
4.1 - Herz und herznahe Gefäße, transthorakal (B-Modus mit M-Modus)  
- Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
M-Modus-Darstellung mit Entfernungs- und Zeitmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Position der M-Modus-Linie im B-Modus-Bild	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit der synchronen und getriggerten Schreibung des EKG	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Vierkammerblick eines Herzens	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
Differenzierung von	
Herzhöhlen	<input type="checkbox"/>
Herzwand	<input type="checkbox"/>
Herzklappen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 4.2 - Herz und herznahe Gefäße, transthorakal (B-Modus mit M-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
M-Modus-Darstellung mit Entfernungs- und Zeitmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Position der M-Modus-Linie im B-Modus-Bild	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit der synchronen und getriggerten Schreibung des EKG	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Vierkammerblick eines Herzens	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
Differenzierung von	
Herzhöhlen	<input type="checkbox"/>
Herzwand	<input type="checkbox"/>
Herzklappen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 4.3 - Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal (B-Modus mit M-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

		<b>Erfüllt?</b>
<b>6</b>	<b>Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
	B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
	M-Modus-Darstellung mit Entfernungs- und Zeitmaßstab	<input type="checkbox"/>
	Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
	Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
	Position der M-Modus-Linie im B-Modus-Bild	<input type="checkbox"/>
	Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
	Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
	Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
	Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
	Möglichkeit der synchronen und getriggerten Schreibung des EKG	<input type="checkbox"/>
<b>9.1</b>	<b>Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
	Vierkammerblick eines Herzens	<input type="checkbox"/>
<b>9.2</b>	<b>Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
	Differenzierung von	
	Herzhöhle	<input type="checkbox"/>
	Herzwands <u>schichten</u>	<input type="checkbox"/>
	Herzklappen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 4.4 - Herz und Herznahe Gefäße, transoesophageal (B-Modus mit M-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
M-Modus-Darstellung mit Entfernungs- und Zeitmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Position der M-Modus-Linie im B-Modus-Bild	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit der synchronen und getriggerten Schreibung des EKG	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Vierkammerblick eines Herzens	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
Differenzierung von	
Herzhöhle	<input type="checkbox"/>
Herzwands <u>schichten</u>	<input type="checkbox"/>
Herzklappen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 4.5 - Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung (B-Modus mit M-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
M-Modus-Darstellung mit Entfernungs- und Zeitmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Position der M-Modus-Linie im B-Modus-Bild	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit der synchronen und getriggerten Schreibung des EKG	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Vierkammerblick eines Herzens	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
Differenzierung von	
Herzhöhle	<input type="checkbox"/>
Herzwand	<input type="checkbox"/>
Herzklappen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 4.6 - Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung (B-Modus mit M-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

		<b>Erfüllt?</b>
<b>6</b>	<b>Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
	B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
	M-Modus-Darstellung mit Entfernungs- und Zeitmaßstab	<input type="checkbox"/>
	Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
	Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
	Position der M-Modus-Linie im B-Modus-Bild	<input type="checkbox"/>
	Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
	Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
	Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
	Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
	Möglichkeit der synchronen und getriggerten Schreibung des EKG	<input type="checkbox"/>
<b>9.1</b>	<b>Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
	Vierkammerblick eines Herzens	<input type="checkbox"/>
<b>9.2</b>	<b>Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
	Differenzierung von	
	Herzhöhle	<input type="checkbox"/>
	Herzwand	<input type="checkbox"/>
	Herzklappen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 5.1 - Thoraxorgane, transkutan (B-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

		<b>Erfüllt?</b>
<b>6</b>	<b>Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
	B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
	Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
	Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
	Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
	Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
	Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
	Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
	Piktogramm mit Schallkopfposition und –orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1</b>	<b>Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
	Interkostaler Schrägschnitt	<input type="checkbox"/>
<b>9.2</b>	<b>Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
	Differenzierung der	
	Thoraxwandschichten	<input type="checkbox"/>
	der Pleuralinie zwischen soliden Geweben und Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 5.2 - Thoraxorgane, transkavitär (B-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

		<b>Erfüllt?</b>
<b>6</b>	<b>Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
	B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
	Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
	Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
	Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
	Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
	Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
	Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
<b>9.1</b>	<b>Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
	Darstellung von Speiseröhre oder Aortenbogen <b>oder</b> Truncus pulmonalis mit der dazwischen gelegenen Lymphknotenstation 4L	<input type="checkbox"/>
<b>9.2</b>	<b>Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
	Differenzierung der	
	Wandschichten der Speiseröhre	<input type="checkbox"/>
	Wandschichten von Trachea/Bronchien	<input type="checkbox"/>
	Wandschichten großer Gefäße	<input type="checkbox"/>
	mediastinalen Lymphknoten	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 6.1 - Brustdrüse (B-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und –orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung einer Brustdrüse	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
Differenzierung zwischen	
Binnenstrukturen der Brust einschl. Gefäßen und Gängen	<input type="checkbox"/>
soliden Geweben und Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/>
in Brust und Thoraxwand	

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 7.1 - Abdomen, Retroperitoneum einschl. Niere, transkutan (B-Modus) – Erwachsene,  
 Jugendliche  
 -- Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

		Erfüllt?
<b>6</b>	<b>Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
	B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
	Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
	Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
	Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
	Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
	Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
	Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
	Piktogramm mit Schallkopfposition und –orientierung	<input type="checkbox"/>
	<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
	Darstellung eines parenchymatösen Organs <b>und</b>	<input type="checkbox"/>
	eines Hohlorgans bzw. eines flüssigkeitsgefüllten Organs	<input type="checkbox"/>
	<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
	Differenzierung zwischen	
	Wand- und Binnenstrukturen von parenchymatösen Organen, Gefäßen, Gängen, Hohlorgananteilen, Wandschichten des Darms	<input type="checkbox"/>
	soliden Geweben und Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 7.2 - Abdomen Retroperitoneum einschl. Niere, transkutan (B-Modus) – Neugeborene, Säuglinge,  
 Kinder  
 - Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und –orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung eines parenchymatösen Organs <b>und</b>	<input type="checkbox"/>
eines Hohlorgans bzw. eines flüssigkeitsgefüllten Organs	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
Differenzierung zwischen	
Wand- und Binnenstrukturen von parenchymatösen Organen, Gefäßen, Gängen, Hohlorgananteilen, Wandschichten des Darms	<input type="checkbox"/>
soliden Geweben und Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
7.3 - Abdomen Retroperitoneum einschl. Niere, transkavitär (B-Modus)  
- Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

		Erfüllt?
<b>6</b>	<b>Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
	B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
	Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
	Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
	Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
	Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
	Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
	Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
	<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
	Darstellung eines Hohlorgans oder Darstellung des Abgangs des Truncus coeliacus aus der Aorta	<input type="checkbox"/>
	<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
	Differenzierung der	
	Wandschichten der Hohlorgane	<input type="checkbox"/>
	Binnenstrukturen der umgebenden Organe / Gewebe, oder Wand- und Binnenstrukturen von Gefäßen und Gängen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
8.1 - Uro-Genitalorgane (Penis und Skrotum), transkutan (B-Modus)  
- Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

		Erfüllt?
<b>6</b>	<b>Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
	B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
	Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
	Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
	Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
	Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
	Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
	Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
	Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung.	<input type="checkbox"/>
<b>9.1</b>	<b>Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
	Darstellung eines Hodens mit Nebenhoden <b>oder</b>	<input type="checkbox"/>
	Querschnitt des Penis	<input type="checkbox"/>
<b>9.2</b>	<b>Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
	Differenzierung	
	Binnenstruktur von Hoden / Nebenhoden bzw. Penis	<input type="checkbox"/>
	umgebende Hüllen	<input type="checkbox"/>
	Wand- und Binnenstrukturen von Gefäßen und Gängen	<input type="checkbox"/>
	solide Gewebe und Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 8.2 - sonstige Uro-Genitalorgane, transkutan (B-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	Erfüllt?
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung Niere <b>oder</b> Harnblase	<input type="checkbox"/>
einschl. Abgrenzung zur Umgebung (bei Männern mit Prostata)	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
Differenzierung zwischen	
Wand- und Binnenstrukturen von Gefäßen, Gängen und Hohlorganenteilen	<input type="checkbox"/>
soliden Gewebe und Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 8.3 - Uro-Genitalorgane, transkavitär (B-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

		Erfüllt?
<b>6</b>	<b>Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
	B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
	Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
	Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
	Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
	Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
	Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
	Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
	<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
	Darstellung der Prostata	<input type="checkbox"/>
	<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
	Differenzierung zwischen	
	Wand- und Binnenstrukturen von Gefäßen, Gängen und Hohlorganenteilen	<input type="checkbox"/>
	soliden Geweben und Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 8.4 - Weibliche Genitalorgane (B-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

		<b>Erfüllt?</b>
<b>6</b>	<b>Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
	B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
	Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
	Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
	Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
	Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
	Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
	Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
	Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
	<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
	Darstellung von Uterus und einer Adnexregion	<input type="checkbox"/>
	<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
	Differenzierung von	
	Endo- und Myometrium	<input type="checkbox"/>
	Binnenstruktur des Ovars	<input type="checkbox"/>
	Blase	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
8.5 - Weibliche Genitalorgane (B-Modus), transkavitär  
- Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

		Erfüllt?
<b>6</b>	<b>Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
	B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
	Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
	Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
	Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
	Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
	Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
	Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
<b>9.1</b>	<b>Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
	Darstellung von Uterus und einer Adnexregion	<input type="checkbox"/>
<b>9.2</b>	<b>Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
	Differenzierung von	
	Endo- und Myometrium	<input type="checkbox"/>
	Binnenstruktur des Ovars	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 9.1 - Schwangerschaftsdiagnostik, transkutan (B-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6</b> <b>Bilddokumentation</b> gemäß Mutterschafts-Richtlinien auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Messwerte	<input type="checkbox"/>
Messmarker	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung des Kopfs <b>oder</b>	<input type="checkbox"/>
Thorax des Feten	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
Differenzierung von	
Binnenstrukturen von Kopf <b>oder</b>	<input type="checkbox"/>
Thorax des Feten gemäß Mutterschafts-Richtlinien	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
9.2 - Schwangerschaftsdiagnostik, transkavitär (B-Modus)  
- Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	Erfüllt?
<b>6 Bilddokumentation</b> gemäß Mutterschafts-Richtlinien auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Messwerte	<input type="checkbox"/>
Messmarker	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung des Kopfs <b>oder</b>	<input type="checkbox"/>
Thorax des Feten	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
Differenzierung von	
Binnenstrukturen von Kopf <b>oder</b>	<input type="checkbox"/>
Thorax des Feten gemäß Mutterschafts-Richtlinien	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 10.1 - Bewegungsapparat (B-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht:	<input type="checkbox"/>
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung eines Hüftgelenks <b>oder</b>	<input type="checkbox"/>
Schultergelenks <b>oder</b>	<input type="checkbox"/>
zweier anderer großer Gelenke	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
Differenzierung zwischen	
Binnenstruktur von Weichteilen und Muskeln	<input type="checkbox"/>
Knochen, Sehnen, Muskel, Wand- und Binnenstrukturen von Gefäßen	<input type="checkbox"/>
soliden Geweben und Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 10.2 - Bewegungsapparat (Säuglingshüfte) (B-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	Erfüllt?
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Messwerte	<input type="checkbox"/>
Messmarker	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
<u>s. Anlage V §5</u> (ausgenommen Nr. 3: Nur ein Bild muss mit entsprechenden Kriterien vorgelegt werden)	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
<u>s. Anlage V § 5 Nr. 8</u>	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 11.1 - Venen der Extremitäten (B-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

		<b>Erfüllt?</b>
<b>6</b>	<b>Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht:	
	B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
	Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
	Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
	Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
	Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
	Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
	Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
	Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1</b>	<b>Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
	Längsschnitt einer großen Vene	<input type="checkbox"/>
<b>9.2</b>	<b>Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
	Differenzierung von	
	Venenwand	<input type="checkbox"/>
	Lumen	<input type="checkbox"/>
	und Umgebung	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 12.1 - Haut einschl. Subkutis (B-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung der Kutis	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
Differenzierung	
der einzelnen Hautschichten und der Unterhautschicht, Wand- und Binnenstrukturen von Gefäßen	<input type="checkbox"/>
zwischen soliden Geweben u. Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 12.2 Haut (subkutanes Gewebe einschl. Lymphknoten) (B-Modus)  
 - Inhalte der Anlage III -**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild(er), das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Haken Sie die Anforderungen einfach ab, wenn diese auf Ihrer selbst ausgesuchten Aufnahme abgebildet sind. **(Es müssen alle Punkte erfüllt sein!)**

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der neu beantragten Anwendungsbereiche? Bitte füllen Sie zudem Anlage II der Bildanforderung vollständig aus.**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung einer Leistenregion mit subkutanem Gewebe	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
Differenzierung zwischen	
Wand- und Binnenstrukturen von Gefäßen und ggf. Lymphknoten	<input type="checkbox"/>
soliden Geweben und Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
20.6 - Extrakranielle Gefäße, Duplex - Inhalte der Anlage III  
(B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung.  
Bei Farbduplex einschl. farbcodierter Darstellung)**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6</b> <b>Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Nulllinie	<input type="checkbox"/>
Wandfilter	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung eines der untersuchten Gefäße (z.B. A. carotis com.)	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
B-Bild mit eingeblendeter Achse des PW-Dopplers, Darstellung des Frequenzspektrums	<input type="checkbox"/>
B-Bild: Gefäße von Umgebung abgrenzbar, Gefäßverlauf im Messbereich erkennbar	<input type="checkbox"/>
Frequenzspektrum auswertbar abgebildet	<input type="checkbox"/>
Bei Farbduplex: im Farbdopplerfenster Flussnachweis in durchströmten Strukturen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 20.7 - Intrakranielle Gefäße, Duplex - Inhalte der Anlage III  
 (B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung .  
 Bei Farbduplex einschl. farbcodierter Darstellung)**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Nulllinie	<input type="checkbox"/>
Wandfilter	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung eines der untersuchten Gefäße	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
B-Bild mit eingeblendeter Achse des PW-Dopplers, Darstellung des Frequenzspektrums	<input type="checkbox"/>
B-Bild: Gefäße von Umgebung abgrenzbar, Gefäßverlauf im Messbereich erkennbar	<input type="checkbox"/>
Frequenzspektrum auswertbar abgebildet	<input type="checkbox"/>
Bei Farbduplex: im Farbdopplerfenster Flussnachweis in durchströmten Strukturen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 20.8 - Gefäße der Extremitäten, Duplex - Inhalte der Anlage III  
 (B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung .  
 Bei Farbduplex einschl. farbcodierter Darstellung)**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	Erfüllt?
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Nulllinie	<input type="checkbox"/>
Wandfilter	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung eines der untersuchten Gefäße ( z.B. A. femoralis, A. brachialis)	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
B-Bild mit eingeblendeter Achse des PW-Dopplers, Darstellung des Frequenzspektrums	<input type="checkbox"/>
B-Bild: Gefäße von Umgebung abgrenzbar, Gefäßverlauf im Messbereich erkennbar	<input type="checkbox"/>
Frequenzspektrum auswertbar abgebildet	<input type="checkbox"/>
Bei Farbduplex: im Farbdopplerfenster Flussnachweis in durchströmten Strukturen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 20.9 - Gefäße des Abdomens, Retroperitoneums und Mediastinum, Duplex  
 - Inhalte der Anlage III -  
 (B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung .  
 Bei Farbduplex einschl. farbcodierter Darstellung)**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Nulllinie	<input type="checkbox"/>
Wandfilter	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung eines der untersuchten Gefäße (z.B. Längsschnitt A. mesenterica sup. mit Abgangsbereich)	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
B-Bild mit eingblendeter Achse des PW-Dopplers, Darstellung des Frequenzspektrums	<input type="checkbox"/>
B-Bild: Gefäße von Umgebung abgrenzbar, Gefäßverlauf im Messbereich erkennbar	<input type="checkbox"/>
Frequenzspektrum auswertbar abgebildet	<input type="checkbox"/>
Bei Farbduplex: im Farbdopplerfenster Flussnachweis in durchströmten Strukturen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 20.10 - Gefäße des Weiblichen Genitalsystems, Duplex - Inhalte der Anlage III  
 (B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung.  
 Bei Farbduplex einschl. farbcodierten Darstellung)**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Nulllinie	<input type="checkbox"/>
Wandfilter	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung eines der untersuchten Gefäße (z.B. A. uterina)	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
B-Bild mit eingeblendeter Achse des PW-Dopplers, Darstellung des Frequenzspektrums	<input type="checkbox"/>
B-Bild: Gefäße von Umgebung abgrenzbar, Gefäßverlauf im Messbereich erkennbar	<input type="checkbox"/>
Frequenzspektrum auswertbar abgebildet	<input type="checkbox"/>
Bei Farbduplex: im Farbdopplerfenster Flussnachweis in durchströmten Strukturen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungs-kategorie  
 21.7 - Herz und herznahe Gefäße, Farbduplex, transkutan- Inhalte der Anlage III  
 (B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung .  
 Bei Farbduplex einschl. farbcodierter Darstellung)**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungs-kategorie hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Nulllinie	<input type="checkbox"/>
Wandfilter	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit der synchronen und getriggerten Schreibung des EKG	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung mindestens einer der untersuchten Herzhöhlen	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
B-Bilder mit eingeblendeter Achse des PW-Dopplers, des Farbdopplerfensters und Darstellung des Frequenzspektrums	<input type="checkbox"/>
B-Bild: Gefäße bzw. Herzhöhle von Umgebung abgrenzbar, Gefäßverlauf bzw. Herzhöhle im Messbereich erkennbar	<input type="checkbox"/>
Frequenzspektrum auswertbar abgebildet	<input type="checkbox"/>
Im Farbdopplerfenster Flussnachweis in durchströmten Strukturen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 21.8 - Herz und herznahe Gefäße, Farbduplex, transoesophageal - Inhalte der Anlage III -  
 (B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung.  
 Bei Farbduplex einschl. farbcodierter Darstellung)**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Nulllinie	<input type="checkbox"/>
Wandfilter	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit der synchronen und getriggerten Schreibung des EKG	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung mindestens einer der untersuchten Herzhöhlen oder der Aorta	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
B-Bilder mit eingblendeter Achse des PW-Dopplers, des Farbdopplerfensters und Darstellung des Frequenzspektrums	<input type="checkbox"/>
B-Bild: Gefäße bzw. Herzhöhle von Umgebung abgrenzbar, Gefäßverlauf bzw. Herzhöhle im Messbereich erkennbar	<input type="checkbox"/>
Frequenzspektrum auswertbar abgebildet	<input type="checkbox"/>
Im Farbdopplerfenster Flussnachweis in durchströmten Strukturen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 22.1 - Fetales kardiovaskuläres System, Farbduplex - Inhalte der Anlage III -  
 (B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung .  
 Bei Farbduplex einschl. farbcodierter Darstellung)**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Nulllinie	<input type="checkbox"/>
Wandfilter	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung eines der untersuchten Gefäße	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
B-Bilder mit eingeblendeter Achse des PW-Dopplers, des Farbdopplerfensters und Darstellung des Frequenzspektrums	<input type="checkbox"/>
B-Bild: Gefäß von Umgebung abgrenzbar, Gefäßverlauf im Messbereich erkennbar	<input type="checkbox"/>
Frequenzspektrum auswertbar abgebildet	<input type="checkbox"/>
Im Farbdopplerfenster Flussnachweis in durchströmten Strukturen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
 22.2 - Fetomaternales Gefäßsystem, Farbduplex - Inhalte der Anlage III -  
 (B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung.  
 Bei Farbduplex einschl. farbcodierter Darstellung)**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Nulllinie	<input type="checkbox"/>
Wandfilter (Untere Grenzfrequenz (Wandfilter) $\leq$ 100 Hz)	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung eines der untersuchten Gefäße	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
B-Bilder mit eingeblendeter Achse des PW-Dopplers, des Farbdopplerfensters und Darstellung des Frequenzspektrums	<input type="checkbox"/>
B-Bild: Gefäß von Umgebung abgrenzbar, Gefäßverlauf im Messbereich erkennbar	<input type="checkbox"/>
Frequenzspektrum auswertbar abgebildet	<input type="checkbox"/>
Im Farbdopplerfenster Flussnachweis in durchströmten Strukturen	<input type="checkbox"/>

**Checkliste für eine Einreichung einer Aufnahme für die Anwendungsklasse  
23.1 Nerven und Muskeln, Farbduplex B-Modus und ggf. Farbduplex  
- Inhalte der Anlage III -  
(B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung.  
Bei Farbduplex einschl. farbcodierter Darstellung)**

Diese Checkliste dient Ihrer eigenen Kontrolle. So können Sie selbst feststellen, ob das/die Bild/er, das/die Sie einreichen, den in der Ultraschallvereinbarung aufgelisteten Anforderungen entsprechen. Bitte vermerken Sie auf dem Bild, welches Ultraschallsystem (ggf. mit Gerätenummer bei baugleichen Geräten) und welche Anwendungsklasse hierdurch abgenommen werden soll.

**Check 1: Entspricht die Aufnahme einem der beantragten / genehmigten Anwendungsbereiche?**

**Check 2: Erfüllung der Anforderungen nach Anlage III Nrn. 6, 9.1, 9.2 Ultraschallvereinbarung**

	<b>Erfüllt?</b>
<b>6 Bilddokumentation</b> auf einem digitalen od. analogen Medium entsprechend der Archivierungspflicht mit folgenden Inhalten:	
B-Modus-Bild mit Entfernungsmaßstab	<input type="checkbox"/>
Sendefrequenz oder Sendefrequenzbereich	<input type="checkbox"/>
Nulllinie	<input type="checkbox"/>
Sendefokusposition	<input type="checkbox"/>
Wandfilter	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität (anonymisiert), z.B. Frau Mustermann, Pat.-ID	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
Schallkopfbezeichnung	<input type="checkbox"/>
Praxisidentifikation	<input type="checkbox"/>
Piktogramm mit Schallkopfposition und -orientierung	<input type="checkbox"/>
<b>9.1 Technische Bildqualität: Organe/Körperregion</b>	
Darstellung von Nerven, Muskeln, Sehnen, Gefäßen	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 Technische Bildqualität: Charakteristische Bildmerkmale</b>	
Differenzierung von	
Nerven und Muskeln	<input type="checkbox"/>
soliden Geweben und Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/>
Bei hochfrequenten Schallköpfen: Erkennbarkeit der Nervenchostruktur	<input type="checkbox"/>
Farbcodierte Strömungsdarstellung der Blutperfusion	<input type="checkbox"/>