

# Stichprobenprüfung nach § 11 Ultraschallvereinbarung

## Ärztliche Dokumentation der weiblichen Genitalorgane

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

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

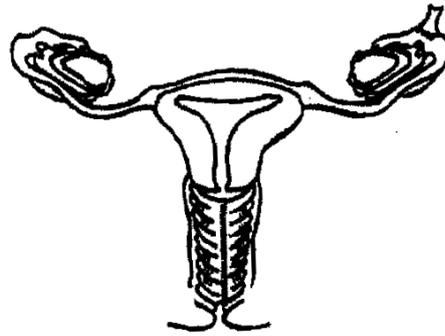
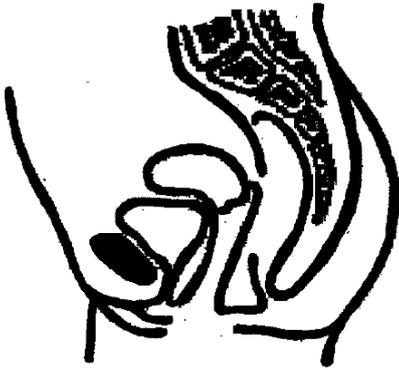
Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_ Untersucher (LANR): \_\_\_\_\_

Fragestellung/Indikation der Untersuchung:

Organspezifische Befundbeschreibung, ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beuteilbarkeit (nicht bei Normalbefund):

abdominal

vaginal



Uterus: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mm

Ovar rechts: \_\_\_\_\_ mm

Ovar links: \_\_\_\_\_ mm

Endometrium:

Douglasraum:

Farbdoppler:

Ergänzende Befundbeschreibungen:

(Verdachts-) Diagnose:

Konsequenzen:  
(nicht bei Normalbefund)