

## Orientierungshilfe Zeichenlegung

**Die korrekte Zeichenlegung ist die Visitenkarte des Radiologischen Institutes und sollte einheitlich erfolgen, als Qualitätsmerkmal schriftlich hinterlegt in den SOP.**

Das richtige Seitenzeichen wird grundsätzlich vor Exposition an die laterale Seite (Außenseite) des aufzunehmenden Objektes gelegt. Bei seitlichen Körperstamm-Aufnahmen wird die detektornahere Körperseite bezeichnet und das Zeichen ventral bzw. frontal positioniert.

| <b>Obere Extremität</b>   |                                     |                          |                                     |                          |                                     |   |
|---|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|
| <b>Cave: Adäquat ist die symmetrische Kennzeichnung bei Aufnahmen in 2 Ebenen</b> |                                     |                          |                                     |                          |                                     |   |
| Körperteil  | Schreib-<br>gerecht                 | Spiegel-<br>verkehrt     | Detektor (z.B. Kassette)            |                          |                                     | Anmerkung                                     |
|   |                                     |                          | Oben                                | Mitte                    | Unten                               |   |
| Daumen 2 Eb.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Bezeichnung I                                 |
| Finger II - V 2 Eb.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Bezeichnung II - V                            |
| Hand 2 Eb. dorso-volar /<br>Zitherspielerstellung                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| Handgelenk 2 Eb.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| Handgelenk 2 Eb. mit<br>Unterarm volo-dorsal                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Zeichenbasis zeigt zum<br>Handgelenk/Unterarm |
| gesamter Unterarm 2 Eb.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |   |
| Kahnbein I-IV Quartett  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | bd. Gelenkdarstellungen                       |
| Erbsenbein tangential   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| Handwurzel axial (Carpal-<br>tunnel) sitzend/aufgestützt                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |   |
| Ellbogengelenk 2 Eb.<br>ggf. mit proximalem Unterarm                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Zeichenbasis zeigt zum<br>Unterarm            |
| Radiusköpfchen / Processus<br>coronoideus ulnae                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |   |
| Olecranon   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| Sulcus nervi ulnaris  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| distaler Oberarm 2 Eb.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |   |
| gesamter Oberarm<br>volo-dorsal   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| gesamter Oberarm in<br>„Halt-Stopp-Stellung“                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |   |

| Untere Extremität   |                                     |                          |                                     |                          |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|
| Cave: Aufnahmen unter Belastung sind entsprechend zu kennzeichnen |                                     |                          |                                     |                          |                                     |  |
| Körperteil  | Schreib-<br>gerecht                 | Spiegel-<br>verkehrt     | Detektor (z.B. Kassette)            |                          |                                     | Anmerkung  |
|   |                                     |                          | Oben                                | Mitte                    | Unten                               |  |
| Großzehe 2 Eb.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Bezeichnung I<br>Bezeichnung II - V<br>Zeichen auf die laterale Seite (Außenseite) des aufzunehmenden Objektes |
| Zehen II-V 2 Eb.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| Vorfuß 2 Eb.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| Fuß 2 Eb.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| Fuß lateral stehend   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Zeichenbasis zeigt zur Fußsohle + „stehend“ Kennzeichnung  |
| Fersenbein axial (liegend)  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Fersenbein seitlich   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| OSG 2 Eb.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| distaler Unterschenkel 2 Eb.                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | mit OSG  |
| proximaler Unterschenkel 2 Eb.                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | mit Knie   |
| Fibulaköpfchen  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Knie 2 Eb.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Bezeichnung nach unten damit es zu keiner Überlagerung mit der Patella kommt                                   |
| Kniegelenk nach Frik a.p.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Patella-Defilee-Aufnahmen   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Zeichenbasis zum Ober-/ Unterschenkel + Winkelangabe   |
| Patella axial   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| distaler Oberschenkel 2 Eb.                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | mit Knie   |
| proximaler Oberschenkel 2 Eb.                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | mit Hüfte  |
| Beinachsenaufnahme  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | oberhalb des Malleolus lateralis   |

| Thorax   |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |  |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|
| Körperteil                                     | Schreib-<br>gerecht                 | Spiegel-<br>verkehrt                | Detektor (z.B. Kassette)            |                          |                                     | Anmerkung  |
|  |                                     |                                     | Oben                                | Mitte                    | Unten                               |  |
| Thorax p.a.                                    | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Bezeichnung der linken Seite   |
| Thorax seitlich                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Bezeichnung der anliegenden Seite - ventral - i.d.R. links   |
| Thorax a.p. im Liegen                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Bezeichnung + „liegend“-Kennzeichnung  |
| Hemithorax ventro-dorsal<br>oder dorso-ventral | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | je nach Strahlungsrichtung schreibgerecht oder<br>spiegelverkehrt - je nach Befund oben oder unten |

| Abdomen                             |                                     |                                     |                          |                          |                                     |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|
| Körperteil                          | Schreib-<br>gerecht                 | Spiegel-<br>verkehrt                | Detektor (z.B. Kassette) |                          |                                     | Anmerkung  |
|                                     |                                     |                                     | Oben                     | Mitte                    | Unten                               |  |
| Abdomen in Rückenlage               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Bei KM-Gabe entsprechende Kennzeichnung der<br>Aufnahmezeit nach i.v. KM-Gabe                                    |
| Abdomen in Seitenlage<br>RL bzw. BL | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Kennzeichnung der linken bzw. rechten Seite<br>je nach Strahlungsrichtung schreibgerecht oder<br>spiegelverkehrt |
| Abdomen im Stehen                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | je nach Strahlungsrichtung schreibgerecht oder<br>spiegelverkehrt  |

| Beckengürtel         |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |
|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Körperteil           | Schreib-<br>gerecht                 | Spiegel-<br>verkehrt                | Detektor (z.B. Kassette)            |                                     |                                     | Anmerkung   |
|                      |                                     |                                     | Oben                                | Mitte                               | Unten                               |   |
| Beckenübersicht a.p. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | oberhalb des Hüftgelenkes   |
| Hüftgelenk a.p.      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| Lauenstein I - II    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |   |
| Hüftgelenk axial     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |   |
| ISG a.p. oder p.a.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | je nach Strahlungsrichtung schreibgerecht oder<br>spiegelverkehrt |
| Foramen obturatum    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |   |
| Ala-Aufnahme         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |   |

| Wirbelsäule   |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |  |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Aus historischer Sicht bezeichnen einige Röntgen-Institute die seitlichen Körperstammaufnahmen spiegelverkehrt. Die Leitlinie der BÄK empfiehlt beim pädiatrischen Röntgen der WS bei Mädchen die Aufnahmen im p.a. Strahlengang. <b>Cave: Bei seitlichen Aufnahmen Bezeichnung der anliegenden Seite - ventral</b> |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |  |
| Körperteil  | Schreib-<br>gerecht                 | Spiegel-<br>verkehrt                | Detektor (z.B. Kassette)            |                                     |                                     | Anmerkung  |
|   |                                     |                                     | Oben                                | Mitte                               | Unten                               |  |
| HWS a.p.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| HWS seitlich  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Schrägaufnahme der HWS  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Bezeichnung der darzustellenden Foramina + der anliegenden Seite falls Aufn. im a.p.-Strahlengang - je nach Strahlungsrichtung - schreibgerecht oder spiegelverkehrt |
| HWS Funktionsaufnahmen seitlich Ante- u. Retroflexion   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Bezeichnung + Funktionsausführung  |
| cervico-thoracaler Übergang seitlich  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| BWS a.p.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |  |
| BWS seitlich  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Bezeichnung Mitte, damit es zu keiner Überlagerung mit den Übergängen kommt<br>Cave: Die BWS hat anatomisch eine Kyphose.<br>HWS und LWS eine Lordose                |
| thoraco-lumbaler Übergang 2 Eb.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |  |
| LWS a.p.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Bezeichnung oben, damit es zu keiner Überlagerung mit den Iliosacralgelenken und/oder dem Psoasschatten kommt  |
| LWS seitlich  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |  |
| Schrägaufnahme der LWS  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |  |
| Funktionsaufnahmen der LWS seitlich Ante- u. Retroflexion   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Bezeichnung + Funktionsausführung  |
| lumbo-sacraler Übergang 2 Eb.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |  |
| Kreuzbein a.p.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Kreuzbein seitlich  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Steißbein a.p.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Steißbein seitlich  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |  |

| <b>Schultergürtel</b>  |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |  |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|
| <b>Cave: Bei Mädchen und Frauen soll bei Aufnahmen des Thoraxbereiches wegen des strahlungssensiblen Mammagewebes der p.a. Strahlengang gewählt werden (Leitlinie BÄK)</b> |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |  |
| Körperteil   | Schreib-<br>gerecht                 | Spiegel-<br>verkehrt                | Detektor (z.B. Kassette)            |                          |                                     | Anmerkung  |
|  |                                     |                                     | Oben                                | Mitte                    | Unten                               |  |
| Schulter a.p. / Schwedenstatus   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| Schulter axial sitzend cranio-caudal   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| Schulter transthoracal *   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ventral  |
| Schulter in „Halt-Stopp-Stellung“  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| Y-Aufnahme p.a. / a.p.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | je nach Strahlungsrichtung schreibgerecht oder spiegelverkehrt Strahlenexposition der Mamma geringer bei p.a. Wahl |
| Acromioclaviculargelenk a.p.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Scapula a.p.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Scapula lateral aus der Bauchlage  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Strahlenexposition der Mamma geringer bei p.a. Wahl  |
| Clavicula p.a.   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| Clavicula tangential   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| Sternum p.a. schräg  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Sternum seitlich   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Bezeichnung der anliegenden Seite - ventral  |
| * <b>Vollständigkeitshalber erwähnt: Diese Aufnahme sollte aber in der Praxis aus Strahlenschutzgründen nicht mehr angewandt werden.</b>                                   |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |  |

| <b>Schädel</b>  |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |  |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|
| <b>Im Hinblick auf die Beurteilung der NNH und evt. Nebenhöhlenprozesse ist es wichtig, dass die Aufnahmeposition sitzend oder liegend vermerkt wird.</b> |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |  |
| <b>Aus der Historik bezeichnen einige Röntgen-Institute die seitlichen Schädelaufnahmen spiegelverkehrt.</b>  |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |  |
| <b>Cave: Bei seitlichen Aufnahmen Bezeichnung der anliegenden Seite - frontal</b>   |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |  |
| Körperteil  | Schreib-<br>gerecht                 | Spiegel-<br>verkehrt                | Detektor (z.B. Kassette)            |                          |                                     | Anmerkung  |
|   |                                     |                                     | Oben                                | Mitte                    | Unten                               |  |
| Schädel p.a. *  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Schädel seitlich *  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| Schädelbasis axial *  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Zeichenbasis zeigt zur HWS   |
| Hinterhauptsaufnahme nach Towne / Altschul-Uffenorde *  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| NNH occipito-mental (o.m)   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| NNH occipito-frontal (o.f) *  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Orbitavergleichsaufnahme p.a.   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Orbita p.a. nach Rhese *  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Bezeichnung der Detektor (Film) nahen Orbita - frontal                               |
| Felsenbeine nach Schüller *   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Das darzustellende Felsenbein liegt Detektor (Film) nah                              |
| Felsenbeine nach Stenvers p.a. *  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Bei der Einstelltechnik p.a. liegt das darzustellende Felsenbein Detektor (Film) nah |
| Unterkiefer schräg  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| Unterkiefer nach Clementschitsch p.a.   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Vergleichsaufnahme beider Jochbögen „Henkeltopfaufn.“   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Zeichenbasis zeigt zum Kinn  |
| Jochbogen isoliert  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| Nasenbein seitlich  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |  |
| <b>*Vollständigkeitshalber genannt: Hierfür liegen in der Praxis kaum noch Indikationen vor - siehe SSK Orientierungshilfe.</b>                           |                                     |                                     |                                     |                          |                                     |  |