

## 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- gerecht	Spiegel- 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"/>	Ansicht: Finger zeigen nach oben  Zeichenbasis zeigt zum Handgelenk/Unterarm  bd. Gelenkdarstellungen  Zeichenlegung immer auf die radiale Seite (Daumenseite)
Finger II - V 2 Eb.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hand 2 Eb. dorso-volar / 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 Unterarm volo-dorsal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
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"/>	
Erbsenbein tangential	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Handwurzel axial (Carpal- tunnel) sitzend/aufgestützt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ellbogengelenk 2 Eb. ggf. mit proximalem Unterarm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Radiusköpfchen / Processus 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 volo-dorsal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
gesamter Oberarm in „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- gerecht	Spiegel- 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 Bezeichnung II - V 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- gerecht	Spiegel- 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 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 spiegelverkehrt - je nach Befund oben oder unten

Abdomen						
Körperteil	Schreib- gerecht	Spiegel- 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 Aufnahmezeit nach i.v. KM-Gabe
Abdomen in Seitenlage 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 je nach Strahlungsrichtung schreibgerecht oder 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 spiegelverkehrt

Beckengürtel						
Körperteil	Schreib- gerecht	Spiegel- 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 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"/>	

<b>Wirbelsäule</b>						
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- gerecht	Spiegel- 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 Cave: Die BWS hat anatomisch eine Kyphose. 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"/>	

Schultergürtel						
Cave: Bei Mädchen und Frauen soll bei Aufnahmen des Thoraxbereiches wegen des strahlungssensiblen Mammagewebes der p.a. Strahlengang gewählt werden (Leitlinie BÄK)						
Körperteil	Schreib- gerecht	Spiegel- 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
<p><b>* Vollständigkeitshalber erwähnt: Diese Aufnahme sollte aber in der Praxis aus Strahlenschutzgründen nicht mehr angewandt werden.</b></p>						

<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- gerecht	Spiegel- 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>						