

Orientierungshilfe Zeichenlegung

Die korrekte Zeichenlegung ist die Vistenkarte des radiologischen Institutes und sollte einheitlich erfolgen, als Qualitätsmerkmal 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 detektornah Körperseite bezeichnet und das Zeichen ventral bzw. frontal positioniert.

KÖRPERTEIL	OBERE EXTREMITÄT					ANMERKUNG
	Cave: Adäquat ist die symmetrische Kennzeichnung bei Aufnahmen in 2 Ebenen					
	SCHREIB- GERECHT	SPIEGEL- VERKEHRT	DETEKTOR (Z. B. KASSETTE)			
			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/Zitherspielerstellung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ansicht: Finger zeigen nach oben
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"/>	Zeichenlegung immer auf die radiale Seite (Daumenseite)
Erbsenbein tangential	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Handwurzel axial (Carpaltunnel) 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 zeigt nach unten
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"/>	mit Ellenbogen
gesamter Oberarm volo-dorsal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	bd. Gelenkdarstellung
gesamter Oberarm in „Halt-Stopp-Stellung“	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zeichen oberhalb des distalen Oberarms legen

UNTERE EXTREMITÄT							ANMERKUNG
Cave: Aufnahmen unter Belastung sind entsprechend zu kennzeichnen							
KÖRPERTEIL	SCHREIB- GERECHT	SPIEGEL- VERKEHRT	DETEKTOR (Z. B. KASSETTE)				
			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	Ansicht: Zehen zeigen nach oben
Zehen II–V 2 Eb.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bezeichnung II–V	
Vorfuß 2 Eb.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zeichen auf die laterale Seite (Außenseite) des auf- zunehmenden Objektes	
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	Ansicht: aufrecht-stehender Mensch
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	

KÖRPERTEIL	THORAX					ANMERKUNG
	SCHREIB- GERECHT	SPIEGEL- VERKEHRT	DETEKTOR (Z. B. KASSETTE)			
			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

KÖRPERTEIL	ABDOMEN					ANMERKUNG
	SCHREIB- GERECHT	SPIEGEL- VERKEHRT	DETEKTOR (Z. B. KASSETTE)			
			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

KÖRPERTEIL	BECKENGÜRTEL					ANMERKUNG
	SCHREIB- GERECHT	SPIEGEL- VERKEHRT	DETEKTOR (Z. B. KASSETTE)			
			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 Hüftgelenks
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"/>	

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. Cave: Bei seitlichen Aufnahmen Bezeichnung der anliegenden Seite – ventral

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-craudal	<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 Strahlenex- position 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"/>	Strahlenexpositon 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

* Vollständigkeitshalber erwähnt:

Diese Aufnahme sollte aber in der Praxis aus Strahlenschutzgründen nicht mehr angewandt werden.

SCHÄDEL

Im Hinblick auf die Beurteilung der NNH und evt. Nebenhöhlenprozess ist es wichtig, dass die Aufnahmeposition sitzend oder liegend vermerkt wird.

Aus der Historik bezeichnen einige Röntgen-Institute die seitlichen Schädelaufnahmen spiegelverkehrt.

Cave: Bei seitlichen Aufnahmen Bezeichnung der anliegenden Seite – frontal

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- Uffendorfer*	<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 am 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"/>	

* Vollständigkeitshalber genannt:

Hierfür liegen in der Praxis kaum noch Indikationen vor – siehe SSK Orientierungshilfe