

Satz IV

Datum der Untersuchung

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

Tag		Monat		Jahr			

THORAX-RÖNTGENBEFUND nach der ILO Klassifikation 2000 / Bundesrepublik Deutschland

Lunge	Bildgüte <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> ±̄ <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> seitl. Aufnahme vorhanden		
Lunge	Kleine Schatten Streuung Rundliche Form <input type="checkbox"/> 0/- <input type="checkbox"/> 1/0 <input type="checkbox"/> 2/1 <input type="checkbox"/> 3/2 Größe p q r <input type="checkbox"/> 0/0 <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 2/2 <input type="checkbox"/> 3/3 <input type="checkbox"/> 0/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/+	Felder <input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU	Symbole <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> fr <input type="checkbox"/> aa <input type="checkbox"/> hi <input type="checkbox"/> at <input type="checkbox"/> ho <input type="checkbox"/> ax <input type="checkbox"/> id <input type="checkbox"/> bu <input type="checkbox"/> ih <input type="checkbox"/> ca <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> cg <input type="checkbox"/> me <input type="checkbox"/> cn <input type="checkbox"/> od <input type="checkbox"/> co <input type="checkbox"/> pa <input type="checkbox"/> cp <input type="checkbox"/> pb <input type="checkbox"/> cv <input type="checkbox"/> pi <input type="checkbox"/> di <input type="checkbox"/> px <input type="checkbox"/> ef <input type="checkbox"/> ra <input type="checkbox"/> em <input type="checkbox"/> rp <input type="checkbox"/> es <input type="checkbox"/> tb
	Unregelmäßige Form <input type="checkbox"/> 0/- <input type="checkbox"/> 1/0 <input type="checkbox"/> 2/1 <input type="checkbox"/> 3/2 Größe s t u <input type="checkbox"/> 0/0 <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 2/2 <input type="checkbox"/> 3/3 <input type="checkbox"/> 0/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/+	<input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU	
	Gemischte Formen <input type="checkbox"/> 0/- <input type="checkbox"/> 1/0 <input type="checkbox"/> 2/1 <input type="checkbox"/> 3/2 <input type="checkbox"/> 0/0 <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 2/2 <input type="checkbox"/> 3/3 <input type="checkbox"/> 0/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/+	<input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU	
	Große Schatten <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU	
Pleura	Adhärenz des kostophrenischen Winkels <input type="checkbox"/> o.B. R <input type="checkbox"/> L		
	Pleuraverdickung diffus seitliche Brustwand <input type="checkbox"/> o.B.	Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU
	Pleuraverdickung umschrieben (Plaques) <input type="checkbox"/> o.B.	Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c	Lokalisation Zwerchfell R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Brustwand <input type="checkbox"/>
Pleuraverkalkung <input type="checkbox"/> o.B.	Zwerchfell R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Brustwand R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Sonstige R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>		

BK-BEURTEILUNG *)

Keine Hinweise auf anzeigespflichtige Veränderungen

Anzeigepflicht): Begründeter Verdacht**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Silikose (BK-Nr. 4101) | <input type="checkbox"/> Asbestose (BK-Nr. 4103) | <input type="checkbox"/> Asbestverursachter Kehlkopfkrebs (BK-Nr. 4104) |
| <input type="checkbox"/> Siliko-Tuberkulose (BK-Nr. 4102) | <input type="checkbox"/> Asbestverursachte Pleuraerkrankung (BK-Nr. 4103) | <input type="checkbox"/> Pleuramesotheliom/Peritonealesotheliom (BK-Nr. 4105) |
| <input type="checkbox"/> Lungenkrebs bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (BK-Nr. 4112) | <input type="checkbox"/> Asbestverursachter Lungenkrebs (BK-Nr. 4104) | <input type="checkbox"/> Erkrankungen durch ionisierende Strahlen (BK-Nr. 2402) |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

Begründung BK / Ergänzende Befunde*) / Vorschläge und/oder veranlasste Massnahmen (Bitte in Druckbuchstaben)**

Stempel und Unterschrift des Arztes

*) Bitte zutreffendes ankreuzen

**) Bitte BK-Anzeige erstellen und an den zuständigen UV-Träger senden sowie den Versicherten unterrichten

***) In begründeten Fällen