

# ILO-Klassifikation

Datum der Röntgenaufnahme(n)

GDNR / Geburtsdatum

Name, Vorname

  


Tag		Monat		Jahr			

## THORAX-RÖNTGENBEFUND nach der ILO Klassifikation 2000 / Bundesrepublik Deutschland

	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	<b>Kleine Schatten Streuung</b> Rundliche Form	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	<b>Felder</b> <input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU	
	<b>Größe</b> 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+		
	<b>Unregelmäßige Form</b>	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	<b>Symbole</b> <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	
<b>Größe</b> 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+			
<b>Gemischte Formen</b>	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	<input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 3/3			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+			
<b>Große Schatten</b>	<b>Größe</b> <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> o.B. <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			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Pleura	<b>Adhärenz des kostophrenischen Winkels</b>	<input type="checkbox"/> o.B.	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►►► Befund Pleura nicht vollständig, da abgeschnitten <input type="checkbox"/>			
	<b>Pleuraverdickung</b> diffus seitliche Brustwand	<b>Verbreitung / Dicke / &lt;3 mm / Aufsicht</b>		<b>Verbreitung / Dicke / &lt;3 mm / Aufsicht</b>		<input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU	
		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"/> o.B. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Pleuraverdickung</b> umschrieben (Plaques)	<b>Verbreitung / Dicke / &lt;3 mm / Aufsicht</b>		<b>Verbreitung / Dicke / &lt;3 mm / Aufsicht</b>		<b>Lokalisation</b> Zwerchfell R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Brustwand <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	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"/> o.B. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>Pleuraverkalkung</b>	<input type="checkbox"/> o.B.	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>			

### BK-BEURTEILUNG \*)

Bildmorphologisch keine Hinweise auf anzeigepflichtige Veränderungen

#### Bildmorphologisch vereinbar mit:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Silikose (BK-Nr. 4101)  | <input type="checkbox"/> Asbestose (BK-Nr. 4103)                          | <input type="checkbox"/> Asbestverursachter Kehlkopfkrebs oder Eierstockkrebs (BK-Nr. 4104)                      |
| <input type="checkbox"/> Siliko-Tuberkulose (BK-Nr. 4102)  | <input type="checkbox"/> Asbestverursachte Pleuraerkrankung (BK-Nr. 4103) | <input type="checkbox"/> Asbestverursachtes Mesotheliom des Rippenfells, Bauchfells oder Pericards (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