

ILO-Klassifikation

Datum der Röntgenuntersuchung

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	Kleine Schatten Streuung Rundliche Form	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	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	
	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"/> <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/+		
	Unregelmäßige Form	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2		
Pleura	Größe s t u	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 3/3	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	
	<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/+		
	Gemischte Formen	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2		
	<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		
Größe A	<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"/> 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					
<input type="checkbox"/> C							
Adhärenz des kostophrenischen Winkels	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU				
Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a					
Pleuraverdickung diffus seitliche Brustwand	<input type="checkbox"/> o.B. <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						
Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a	Lokalisation Zwerchfell R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Brustwand <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Pleuraverdickung umschrieben (Plaques)	<input type="checkbox"/> o.B. <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						
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 ¹⁾

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

Stempel und Unterschrift des Arztes

¹⁾ Bitte zutreffendes ankreuzen