Drucken Zurücksetzen

Zweitbeurteilungsbogen für Vorsorgeuntersuchungen

Angaben zum Versicherten

Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers — Tag Monat Jahr — Geburtsdatum

Familienname **) | Vorname

Geburtsname | Staatsangeh. (Schlüsselzahl / Klartext) ***)

Straße | Raum für Änderungen

Postleitzahl und Ort

Zweitbeurteilender Arzt

Nr. des Unfallversicherungsträgers

Zahl der Rö.-Aufn.:

zu beurteil. Rö.-Aufn. v.:

Zurück an:

Handzeichen des Sachbearbeiters

RÖNTGENBEFUND nach der ILO Klassifikation 2000 / Bundesrepublik

Bildgüte ☐ + ☐ ± ☐ ∓ ☐ u ☐ T ☐ seitl. Aufnahme vorhanden

Alte Rö.-Aufnahmen noch beiziehen und vorlegen? Wenn ja, bitte ankreuzen. ☐

Thoraxaufnahmen ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19

Lunge

Kleine Schatten Streuung (Rundliche Form)

Größe p ☐ q ☐ r ☐

☐ 0/-	☐ 1/0	☐ 2/1	☐ 3/2
☐ 0/0	☐ 1/1	☐ 2/2	☐ 3/3
☐ 0/1	☐ 1/2	☐ 2/3	☐ 3/+

Felder: ☐ RO ☐ LO ☐ RM ☐ LM ☐ RU ☐ LU

Unregelmäßige Form

Größe s ☐ t ☐ u ☐

☐ 0/-	☐ 1/0	☐ 2/1	☐ 3/2
☐ 0/0	☐ 1/1	☐ 2/2	☐ 3/3
☐ 0/1	☐ 1/2	☐ 2/3	☐ 3/+

Felder: ☐ RO ☐ LO ☐ RM ☐ LM ☐ RU ☐ LU

Gemischte Formen ☐ ☐

☐ 0/-	☐ 1/0	☐ 2/1	☐ 3/2
☐ 0/0	☐ 1/1	☐ 2/2	☐ 3/3
☐ 0/1	☐ 1/2	☐ 2/3	☐ 3/+

Felder: ☐ RO ☐ LO ☐ RM ☐ LM ☐ RU ☐ LU

Große Schatten ☐ o. B. ☐ A ☐ B ☐ C

Felder: ☐ RO ☐ LO ☐ RM ☐ LM ☐ RU ☐ LU

Adhärenz des kostophrenischen Winkels ☐ o. B. **R** ☐ **L** ☐

Pleura

Pleuraverdickung diffus seitliche Brustwand ☐ o. B.

Verbreitung	Dicke	<3 mm	Aufsicht	Verbreitung	Dicke	<3 mm	Aufsicht
R ☐ 1	☐ a	☐	☐	**L** ☐ 1	☐ a	☐	☐
☐ 2	☐ b			☐ 2	☐ b		
☐ 3	☐ c			☐ 3	☐ c		

Felder: ☐ RO ☐ LO ☐ RM ☐ LM ☐ RU ☐ LU

Pleuraverdickung umschrieben (Plaques) ☐ o. B.

Verbreitung	Dicke	<3 mm	Aufsicht	Verbreitung	Dicke	<3 mm	Aufsicht
R ☐ 1	☐ a	☐	☐	**L** ☐ 1	☐ a	☐	☐
☐ 2	☐ b			☐ 2	☐ b		
☐ 3	☐ c			☐ 3	☐ c		

Lokalisation

Zwerchfell **R** ☐ **L** ☐

Brustwand ☐ ☐

Pleuraverkalkung ☐ o. B.

Zwerchfell		Brustwand		Sonstige	
R ☐	**L** ☐	**R** ☐	**L** ☐	**R** ☐	**L** ☐

Symbole

☐ keine	☐ fr
☐ aa	☐ hi
☐ at	☐ ho
☐ ax	☐ id
☐ bu	☐ ih
☐ ca	☐ kl
☐ cg	☐ me
☐ cn	☐ od
☐ co	☐ pa
☐ cp	☐ pb
☐ cv	☐ pi
☐ di	☐ px
☐ ef	☐ ra
☐ em	☐ rp
☐ es	☐ tb

Übereinstimmung mit dem erstbeurteilenden Arzt

Anamnese ausreichend	☐ ja	☐ nein
Lungenfunktion plausibel	☐ ja	☐ nein
Lungenbefund übereinstimmend	☐ ja	☐ nein
Pleurabefund übereinstimmend	☐ ja	☐ nein
Bescheinigung übereinstimmend	☐ ja	☐ nein

Die nächste Vorsorgeuntersuchung ist durchzuführen: ☐☐ . ☐☐☐☐ (Monat . Jahr)

mit HRCT ☐

mit großer LUFU ☐

BK-Anzeige anbei ☐

Stand 02/16

Bemerkungen bzw. Begründung bei wesentlichen Abweichungen gegenüber dem erstbeurteilenden Arzt: (Bitte in Druckbuchstaben)

Tag . Monat . Jahr

Stempel und Unterschrift des Arztes

1462842860

*) Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgefüllt angeben
**) Bei Änderung bitte den neuen Namen darüber schreiben
***) Nach dem Schlüsselverzeichnis der Gesundheitsvorsorge (GVS)

VA 3 – G 1