Drucken | Zurücksetzen

Zweitbeurteilungsbogen für Vorsorgeuntersuchungen

Angaben zur versicherten Person

Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers (Tag Monat Jahr) Geburtsdatum

Familienname **) | Vorname
Geburtsname | Staatsangeh. (Schlüssel-zahl / Klar-text) ***)
Straße | Raum für
Postleitzahl und Ort | Änderungen

Zweitbeurteilende Ärztin / zweitbeurteilender Arzt

Nr. des Unfallversicherungsträgers

Zahl der Rö.-Aufn.:

zu beurteil. Rö.-Aufn. v.:

Zurück an:

Handzeichen Sachbearbeitung

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/+

☐ 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/+

☐ RO ☐ LO ☐ RM ☐ LM ☐ RU ☐ LU

Große Schatten ☐ o. B. ☐ A ☐ B ☐ C

☐ 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		

☐ 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 ☐ ☐

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

Pleuraverkalkung ☐ o. B.

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

Übereinstimmung mit der erstbeurteilenden ärztlichen Stelle

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 ☐

Bemerkungen bzw. Begründung bei wesentlichen Abweichungen gegenüber der erstbeurteilenden ärztlichen Stelle:

☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐ (Tag Monat Jahr)

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Stand 05/2022

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