

# CT-Klassifikation (ICOERD - International Classification for Occupational and Environmental Respiratory Diseases)

AZ./GDNR:		CT-Nr. / Datum				Position		Qualität *)	
								Beurteilbarkeit	
Name:		Schichtzahl		Sequenztechnik <input type="checkbox"/> kV		BL <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> Bewertung der effektiven Dosis	
Vorname:		Schichtdicke		Single slice Spir. <input type="checkbox"/> mAs		RL <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	
geb.:		Fenster-einstellungen		Multi slice Spir. <input type="checkbox"/> sec		KM <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/> Klassifikation Beurteilbarkeit	
				CTDI: DLP: BMI:				4 <input type="checkbox"/>	

Gesamtes Untersuchungsvolumen o. B.?  nein  ja

<b>Lunge</b>	<b>Rundliche Verdichtung P = &lt; 1,5 mm</b> (scharf begrenzt) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			<b>Q = 1,5 - 3 mm</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			<b>R = &gt; 3 - 10 mm</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			<b>Felder/Streuung</b> <table border="1"> <tr><th colspan="2"></th><th colspan="4">R</th><th colspan="4">L</th><th colspan="2"></th></tr> <tr><th colspan="2"></th><th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th colspan="2">Gesamtstreuung</th></tr> <tr><td>O</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>M</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>U</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>						R				L								0	1	2	3	0	1	2	3	Gesamtstreuung		O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			R				L																																																																		
			0	1	2	3	0	1	2	3	Gesamtstreuung																																																														
	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
	M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>Irreguläre und/oder lineare Verdichtung</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			<b>Intralobulär</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			<b>Interlobulär</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			<b>Felder/Streuung</b> <table border="1"> <tr><th colspan="2"></th><th colspan="4">R</th><th colspan="4">L</th><th colspan="2"></th></tr> <tr><th colspan="2"></th><th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th colspan="2">Gesamtstreuung</th></tr> <tr><td>O</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>M</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>U</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>						R				L								0	1	2	3	0	1	2	3	Gesamtstreuung		O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		R				L																																																																			
		0	1	2	3	0	1	2	3	Gesamtstreuung																																																															
O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>Inhomogene Dichte</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			<b>Ground glass</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			<b>Felder/Streuung</b> <table border="1"> <tr><th colspan="2"></th><th colspan="4">R</th><th colspan="4">L</th><th colspan="2"></th></tr> <tr><th colspan="2"></th><th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th colspan="2">Gesamtstreuung</th></tr> <tr><td>O</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>M</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>U</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>						R				L								0	1	2	3	0	1	2	3	Gesamtstreuung		O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		R				L																																																																			
		0	1	2	3	0	1	2	3	Gesamtstreuung																																																															
O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>Honey-combing</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			<b>Emphysem</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			<b>Felder/Streuung</b> <table border="1"> <tr><th colspan="2"></th><th colspan="4">R</th><th colspan="4">L</th><th colspan="2"></th></tr> <tr><th colspan="2"></th><th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th colspan="2">Gesamtstreuung</th></tr> <tr><td>O</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>M</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>U</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>						R				L								0	1	2	3	0	1	2	3	Gesamtstreuung		O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		R				L																																																																			
		0	1	2	3	0	1	2	3	Gesamtstreuung																																																															
O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>Konsolidierung &gt; 1 cm</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			<table border="1"> <tr><th colspan="2"></th><th colspan="2">R</th><th colspan="2">L</th></tr> <tr><td>A</td><td><input type="checkbox"/></td><td>O</td><td><input type="checkbox"/></td><td>O</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>B</td><td><input type="checkbox"/></td><td>M</td><td><input type="checkbox"/></td><td>M</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C</td><td><input type="checkbox"/></td><td>U</td><td><input type="checkbox"/></td><td>U</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>					R		L		A	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>	U	<input type="checkbox"/>	U	<input type="checkbox"/>	<b>Häufigster parenchymaler Befund</b> RS <input type="checkbox"/> IR <input type="checkbox"/> GG <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> EM <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>																																											
		R		L																																																																					
A	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>																																																																				
B	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>																																																																				
C	<input type="checkbox"/>	U	<input type="checkbox"/>	U	<input type="checkbox"/>																																																																				

- Symbole**
- Nein
  - AX
  - BE
  - BR
  - BU
  - CA
  - CG
  - CV
  - DI
  - DO
  - EF
  - ES
  - FP
  - FR
  - HI
  - ME
  - MP
  - OD
  - PB
  - RA
  - SC
  - TB
  - TD

<b>Pleura</b>	<b>Pleurale Befunde</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			<b>Häufigster Typ</b>			<b>Adhärenz CPW</b> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>		<b>Ausdehnung / Dicke</b>																																																			
	W <b>parietaler Typ</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			V <b>visceraler Typ</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>					<table border="1"> <tr><th colspan="2"></th><th colspan="4">R</th><th colspan="4">L</th></tr> <tr><th colspan="2"></th><th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th></tr> <tr><td>O</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>M</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>U</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>				R				L						0	1	2	3	0	1	2	3	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			R				L																																																					
		0	1	2	3	0	1	2	3																																																			
O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
M nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			D nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>					R O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>		0 a b c 0 a b c																																																		

**Pleurale Verkalkungen**  nein  ja       **Lokalisation** W  M  D

**Bemerkungen / Zusammenfassung**

---



---



---



---

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes