

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

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 |

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