

Satz IV

Datum der Röntgenaufnahme(n)

GDNR / Geburtsdatum

Name, Vorname

Tag		Monat		Jahr					

THORAX-RÖNTGENBEFUND nach der ILO Klassifikation 2000 / Bundesrepublik Deutschland

Lunge	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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Kleine Schatten Streuung Rundliche Form</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 0/-</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 1/0</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2/1</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3/2</td> <td rowspan="2" style="padding: 2px;">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</td> <td rowspan="2" style="padding: 2px;">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</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Größe p q r <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 0/0</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 1/1</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2/2</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3/3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 0/1</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 1/2</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2/3</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3/+</td> <td></td> </tr> </table>	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	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	Größe p q r <input type="checkbox"/> <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	<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+	
	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			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									
	Größe p q r <input type="checkbox"/> <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													
	<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Unregelmäßige Form</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 0/-</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 1/0</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2/1</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3/2</td> <td rowspan="2" style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Größe s t u <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 0/0</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 1/1</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2/2</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3/3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 0/1</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 1/2</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2/3</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3/+</td> <td></td> </tr> </table>	Unregelmäßige Form	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	<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 s t u <input type="checkbox"/> <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	<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	<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 s t u <input type="checkbox"/> <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														
<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Gemischte Formen</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 0/-</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 1/0</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2/1</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3/2</td> <td rowspan="2" style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 0/0</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 1/1</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2/2</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3/3</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 0/1</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 1/2</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2/3</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3/+</td> <td></td> </tr> </table>	Gemischte Formen	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	<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"/> 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"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU													
<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/+															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Große Schatten</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> o.B.</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> A</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> B</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> C</td> <td rowspan="2" style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> o.B.</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> B</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> C</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Große Schatten	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<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"/> o.B.	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C									
Große Schatten	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<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"/> o.B.	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C																
Pleura	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Adhärenz des kostophrenischen Winkels</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> o.B.</td> <td style="padding: 2px;">R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Befund Pleura nicht vollständig, da abgeschnitten</td> </tr> </table>	Adhärenz des kostophrenischen Winkels	<input type="checkbox"/> o.B.	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Befund Pleura nicht vollständig, da abgeschnitten													
	Adhärenz des kostophrenischen Winkels	<input type="checkbox"/> o.B.	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Befund Pleura nicht vollständig, da abgeschnitten														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Pleuraverdickung diffus seitliche Brustwand</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> o.B.</td> <td style="padding: 2px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht</td> <td style="padding: 2px;">R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> </tr> </table> </td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU</td> </tr> </table>	Pleuraverdickung diffus seitliche Brustwand	<input type="checkbox"/> o.B.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht</td> <td style="padding: 2px;">R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> </tr> </table>	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"/> 2 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU				
	Pleuraverdickung diffus seitliche Brustwand	<input type="checkbox"/> o.B.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht</td> <td style="padding: 2px;">R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> </tr> </table>	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"/> 2 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c	<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	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"/> 2 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Pleuraverdickung umschrieben (Plaques)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> o.B.</td> <td style="padding: 2px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht</td> <td style="padding: 2px;">R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> </tr> </table> </td> <td style="padding: 2px;">Lokalisation Zwerchfell R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Brustwand <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Pleuraverdickung umschrieben (Plaques)	<input type="checkbox"/> o.B.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht</td> <td style="padding: 2px;">R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> </tr> </table>	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"/> 2 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c	Lokalisation Zwerchfell R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Brustwand <input type="checkbox"/>					
Pleuraverdickung umschrieben (Plaques)	<input type="checkbox"/> o.B.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht</td> <td style="padding: 2px;">R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c</td> </tr> </table>	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"/> 2 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c	Lokalisation Zwerchfell R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Brustwand <input type="checkbox"/>						
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"/> 2 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Pleuraverkalkung</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> o.B.</td> <td style="padding: 2px;">Zwerchfell R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Brustwand R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Sonstige R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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"/>													
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 *)

Keine Hinweise auf anzeigespflichtige Veränderungen

Anzeigepflicht): Begründeter Verdacht**

<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)

Sonstiges: _____

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

Stempel und Unterschrift des Arztes

*) Bitte zutreffendes ankreuzen