

# Zweitbeurteilungsbogen bei G 1.2 Vorsorgeuntersuchungen

Angaben zum Versicherten

Familienname **) _____ Geburtsname _____ Straße _____ Postleitzahl und Ort _____	Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> Tag    Monat    Jahr <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> Geburtsdatum Vorname _____ Staatsangeh. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ◀ Schlüssel-zahl ▶ Klar-text <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ***) Raum für Änderungen _____
---	--

**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 (DGUV Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3)**

Bildgüte  +  ±  ±  u  T  seitl. Aufnahme vorhanden Alte Rö.-Aufnahmen noch beziehen 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

<b>Lunge</b>	<b>Kleine Schatten Streuung</b> Rundliche Form <input type="checkbox"/> 0/- <input type="checkbox"/> 1/0 <input type="checkbox"/> 2/1 <input type="checkbox"/> 3/2 Größe <input type="checkbox"/> p <input type="checkbox"/> q <input type="checkbox"/> 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/+	<b>Felder</b> <input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU	<b>Symbole</b> <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
	Unregelmäßige Form <input type="checkbox"/> 0/- <input type="checkbox"/> 1/0 <input type="checkbox"/> 2/1 <input type="checkbox"/> 3/2 Größe <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> 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/+	<input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU	
	<b>Gemischte Formen</b> <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/+	<input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU	
	<b>Große Schatten</b> <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Adhärenz des kostophrenischen Winkels <input type="checkbox"/> o. B. R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU	
<b>Pleura</b>	Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht    R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht    L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>Lokalisation</b> Zwerchfell R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Brustwand <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>Pleura verdickung diffus seitliche Brustwand</b> <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c		
	<b>Pleura verdickung umschrieben (Plaques)</b> <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c		
<b>Pleura verkalkung</b> <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"/>			

<b>Übereinstimmung mit dem erstbeurteilenden Arzt</b> Anamnese ausreichend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Lungenfunktion plausibel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Lungenbefund übereinstimmend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Pleurabefund übereinstimmend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bescheinigung übereinstimmend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Die nächste Vorsorgeuntersuchung ist durchzuführen:</b> mit HRCT <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">Tag <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> Monat <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> Jahr <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span></span> mit großer LUFU <input type="checkbox"/> BK-Anzeige anbei <input type="checkbox"/>
--	---

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

Tag    Monat    Jahr   

Stempel und Unterschrift des Arztes

01/04 13. geänderte Auflage

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)