

**ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND DER  
REPUBLIK DER PHILIPPINEN IM BEREICH DER SOZIALEN SICHERHEIT**

**CONVENTION BETWEEN THE REPUBLIC OF AUSTRIA AND THE  
REPUBLIC OF THE PHILIPPINES IN THE FIELD OF SOCIAL SECURITY**

**AUSFÜHRLICHER ÄRZTLICHER BERICHT  
DETAILED MEDICAL REPORT**

SSS-Versicherungsnummer und/oder GSIS-Nummer  
SSS-Number and/or GSIS-Policy Number

		-																			
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Österreichische Versicherungsnummer  
Austrian Insurance Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C	M	-											
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>1.1 Philippinische Verbindungsstelle Liaison office of the Philippines</b>
International Operations Group Bilateral Agreements Department Social Security System  East Avenue, Diliman Quezon City, Philippines 1100
1.1.1 Geschäftszeichen Reference  .....

<b>1.2 Untersuchte Person Person examined</b>			
1.2.1 Name Surname  .....			
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;">1.2.2 Vorname(n) First name(s) .....</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Frühere Namen Previous names .....</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Geburtsort Place of birth .....</td> </tr> </table>	1.2.2 Vorname(n) First name(s) .....	Frühere Namen Previous names .....	Geburtsort Place of birth .....
1.2.2 Vorname(n) First name(s) .....	Frühere Namen Previous names .....	Geburtsort Place of birth .....	
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;">1.2.3 Geburtsdatum Date of birth .....</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Staatsangehörigkeit Nationality .....</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Geschlecht Sex  <input type="checkbox"/> M/M    <input type="checkbox"/> W/F                 </td> </tr> </table>	1.2.3 Geburtsdatum Date of birth .....	Staatsangehörigkeit Nationality .....	Geschlecht Sex <input type="checkbox"/> M/M <input type="checkbox"/> W/F
1.2.3 Geburtsdatum Date of birth .....	Staatsangehörigkeit Nationality .....	Geschlecht Sex <input type="checkbox"/> M/M <input type="checkbox"/> W/F	
1.2.4 Adresse <sup>(1)</sup> Address .....			
1.2.5 Zuletzt ausgeübter Beruf <sup>(2)</sup> Last occupation .....			
1.2.6 Pensionsantrag gestellt am: Date of submission of pension claim: .....			
1.2.7 Neuantrag wegen Verschlimmerung gestellt am: Date of submission of request for review on grounds of aggravation: .....			

<b>1.3 Ärztlicher Bericht, angefertigt von Dr. med Doctor who drew up the report</b>	
1.3.1 Name Name  .....	Vorname(n) First name(s)  .....

1.3.2	Adresse <sup>(1)</sup> Address	.....
1.3.3	Vertrauensarzt des/der Examining doctor of	.....

<b>1.4 Zuständiger österreichischer Pensionsversicherungsträger Competent Austrian pension insurance institution</b>		
1.4.1	Name Name	.....
1.4.2	Adresse <sup>(1)</sup> Address	.....
1.4.3	Aktenzeichen Reference number of file	.....
1.4.4	Stempel Seal	.....
	1.4.5 Datum Date	1.4.6 Unterschrift Signature
	.....	.....

<b>2.</b>		
2.1	Gutachten beruht auf eigener Untersuchung vom .....	(Datum) (Date)
2.2	Gutachten beruht auf Befundberichten vom .....	(Datum) (Date)

<b>3. Vorgeschichte Patient's history</b>		
3.1	Medizinische Anamnese Medical history	..... ..... ..... ..... ..... .....
3.2	Derzeit vorrangige Beschwerden Current chief complaints	..... ..... ..... .....
3.2.1	Behandelnder Arzt Doctor currently treating the patient	.....

3.3	Derzeitige Behandlung Current treatment	..... ..... ..... .....
3.4	Arbeits- und Sozialanamnese <sup>(2)</sup> Social and employment history	..... ..... ..... .....
3.4.1	Ist der Versicherte derzeit erwerbstätig? Is the insured person currently gainfully employed?	Zahl der Arbeitsstunden: ..... Number of working hours: .....
	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
	Art der derzeitigen Erwerbstätigkeit: Type of actual employment:	
	.....	
3.4.2	Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten Accidents at work/Occupational diseases	..... .....
3.4.3	Art der letzten Erwerbstätigkeit: Type of last employment:	.....
3.4.4	Arbeitsunfähig Unfit for work	<input type="checkbox"/> seit (Datum): ..... since (Date): .....
	Arbeitsaufgabe Cessation of work	<input type="checkbox"/> am (Datum): ..... since (Date): .....

<b>4. Befund</b> <b>Findings</b>		
4.1	Allgemeinzustand: General physical condition:	Größe Height
	..... cm	Gewicht Weight
	..... kg	
	Ernährungszustand: Nutritional condition:	<input type="checkbox"/> gut good
		<input type="checkbox"/> übergewichtig overweight
		<input type="checkbox"/> untergewichtig underweight
	Schleimhäute Mucous membranes	
	.....	
	Seelischer Zustand Mental status, mood	
	.....	
	Besonderheiten Remarks	
	.....	
	.....	
	.....	

4.2	Kopf Head
.....	
4.2.1	Sehvermögen Vision
.....	
4.2.2	Hörvermögen Hearing
.....	
4.2.3	Sonstige Sinnesorgane other sensory organs
.....	
.....	
4.3	Hals (äußerlich) Neck (external findings)
.....	
4.3.1	Schilddrüse Review of thyroid gland
.....	
4.3.2	Lymphknoten Lymphatic nodes
.....	
4.3.3	Sonstige Others
.....	
.....	
4.4	Atmungsorgane Respiratory organs
.....	
.....	
.....	
4.5	Kreislauforgane Circulatory system
.....	
4.5.1	Herz Heart
.....	
4.5.2	Puls Pulse
.....	
4.5.3	RR (in Ruhe) Blood pressure (at rest)
.....	
4.5.4	RR (Kontrolle) Blood pressure (second measurement)
.....	
4.5.5	Peripheres Gefäßsystem Peripheral blood vessels
.....	
4.5.6	Ödeme Oedema
.....	

4.5.7	Ruhe-EKG ECG (at rest)	.....
4.6	Abdomen Abdomen	.....
4.6.1	Verdauungssystem und Bauchorgane Digestive system and linkend endoabdominale organs	.....
4.6.2	Leber Liver	.....
4.6.3	Milz Spleen	.....
4.6.4	Endokrines System Endocrine system	.....
4.7	Harn- und Geschlechtsorgane Genito-urinary system	..... .....
4.8	Bewegungsapparat (gegebenenfalls nach der Neutral-O-Methode auf Seite 6) Locomotor and skeletal system (if necessary use Neutral-O method, page 6)	
4.8.1	Wirbelsäule Spine, neck and back	..... ..... ..... .....
4.8.2	Obere Gliedmaßen Upper links	..... ..... ..... ..... .....
4.8.3	Untere Gliedmaßen Lower links	..... ..... ..... .....
4.9	Nachweis von Lymphknotenschwellungen Presence of lymphatic nodes	..... .....

4.10 Zentralnervensystem  
Neurologic findings

Bewegungen (Muskeltonus und - trophik):  unauffällig unremarkable  steif stiff  verlangsamt slowed  kraftlos weak  
Movements:

Gang:  unauffällig unremarkable  schwerfällig ponderous  behindert rechts impaired on right  behindert links impaired on left  
Gait:

Reflexstatus  
Reflexes

4.11 Psychovegetative Symptomatik  
Psychoautonomic symptoms

4.12 Sonstiges (u.a. Allergien)  
Other (Allergies etc.)

**5. Funktionsprüfungen und sonstige fachmedizinische Untersuchungen (soweit erforderlich)**  
**Function and other tests (when necessary)**

5.1 Lungenfunktion  
Lung function

5.2 Herz-Kreislauf-Funktion/Belastungs-EKG  
Cardiac function/exercise ECG

5.3 Ultraschall-Dopplersonographie (Herz und Gefäße)  
Doppler ultrasonography (Heart and vessels)

5.4 Bildgebende Verfahren (mit Datumsangaben)  
Imaging studies (please specify date)

5.4.1 (Heutiger) Röntgenbefund  
Findings in today's X-rays examination

5.4.2	Frühere Untersuchungsergebnisse bzw. Fremdbefunde Earlier findings/ X-ray examinations done elsewhere	..... ..... ..... ..... .....
5.4.3	Sonographie (u.a. Abdomen) Ultrasonography (abdomen et al.)	..... ..... .....
5.4.4	Kernspintomographie und sonstige fachspezifische Untersuchungen MRI and special investigations	..... ..... .....
5.5	Laborbefunde Laboratory results	..... ..... .....
5.6	Sonstige Untersuchungen Other tests	..... ..... .....

6. Einlegeblatt für weitere fachmedizinische Untersuchungen (nur auszufüllen, falls sachdienlich)  
Additional sheet for further specialists findings (shall be filled in only if relevant)



<b>7.</b>					
Diagnose Diagnosis ..... ..... ..... (ICD-Diagnoseschlüssel, Verwendung wird empfohlen) (ICD code recommended)					

<b>8.</b>					
Zusammenfassende Beurteilung Summary ..... ..... .....					
Krankheitsverlauf Course of disease ..... ..... .....					
Gesundheitsschäden Damage to health ..... ..... .....					
Funktionseinschränkungen Functional deficits ..... ..... ..... .....					
Im Vergleich zur Voruntersuchung (vom .....) Compared with previous report (dated .....) <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> hat sich der Zustand gebessert improvement</div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> verschlechtert worsening</div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nicht geändert no change</div> </div>					

<b>9.</b>					
Der Versicherte kann die folgenden Tätigkeiten noch regelmäßig verrichten: The insured person is still capable of regularly performing the following types of work:					
<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> schwere heavy</div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> mittelschwere average</div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> leichte light</div> </div>					

**10. Folgende Einsatzbeschränkungen sind zu berücksichtigen:  
The following restrictions should be taken into account**

10.1 Verrichtet werden dürfen Tätigkeiten nur ohne:  
Work can only performed without:

Nässe Damp	<input type="checkbox"/>	Kälte Cold	<input type="checkbox"/>
Hitze Heat	<input type="checkbox"/>	Lärm Noise	<input type="checkbox"/>
Rauch, Gase, Dämpfe Smoke, gases, vapours	<input type="checkbox"/>		
Wechselschicht Shifts	<input type="checkbox"/>	Nachtschicht Nightshifts	<input type="checkbox"/>
Bücken, Heben, Tragen von Lasten Frequent bending, lifting, carrying objects	<input type="checkbox"/>		
Klettern oder Steigen Climbing ramps, ladders or stairs	<input type="checkbox"/>	Absturzgefahr Danger of falling	<input type="checkbox"/>

10.2 Versicherte(r) darf nur Tätigkeiten verrichten:  
Work can only performed under the following conditions:

im Sitzen Only in seated position	<input type="checkbox"/>	mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen Only with additional breaks (in addition to the usual breaks)	<input type="checkbox"/>
in geschlossenen Räumen Only indoors	<input type="checkbox"/>	Anzahl und Länge der betriebsunüblichen Pausen number and length of breaks	
		.....	
mit wechselnder Körperhaltung Work with varying body posture	<input type="checkbox"/>	abwechselnd im Gehen, Stehen, Sitzen Work varying between walking, standing, sitting	<input type="checkbox"/>
ohne besonderen Zeitdruck Work only without particular time pressure	<input type="checkbox"/>		

10.3 Die Arbeitsleistung ist herabgesetzt, weil der/die Versicherte in der Gebrauchsfähigkeit seiner/ihrer Sinnesorgane Hände usw. eingeschränkt ist  
The work performance is reduced because the insured person is restricted in using his/her sensory organs, hands, etc.

.....  
allergisch ist gegen  
is allergic against  
.....

**11. Ergänzende Fragen  
Further asks**

11.1 Kann der/die Versicherte Bildschirmarbeit verrichten?  
Can the insured person do video-screen work?  Ja Yes  Nein No

Falls nein, Angabe der Gründe:  
If not, please specify the reason

.....

11.2 Kann der/die Versicherte Arbeit am Arbeitsplatz ohne Hilfe einer anderen Person verrichten?  
Can the insured person work without the support of another person at the working place?  Ja Yes  Nein No

Falls nein, Angabe der Gründe:  
If not, please specify the reason

.....

11.3 Kann der/die Versicherte Arbeit zu Hause ohne Hilfe einer anderen Person verrichten?  
Can the insured person work without the support of another person at home?  Ja Yes  Nein No

Falls nein, Angabe der Gründe:  
If not, please specify the reason:

.....

11.4	Kann der/die Versicherte seine/ihre letzte Tätigkeit als ..... vollschichtig verrichten? Can the insured person work full time in his/her last occupation as ..... ?	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
Falls nein, Angabe der höchstzulässigen Arbeitszeit (in Stunden oder als Prozentsatz eines Arbeitstages): If not, please specify maximum working time (in hours of percentages of a working day): .....			
11.5	Kann angepaßte Arbeit verrichtet werden? Can adapted work be performed?	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
Falls ja, Angabe von angepaßten Tätigkeiten als Beispiel: If yes, please indicate some examples of adapted work: .....			
11.6	Kann angepaßte Arbeit vollschichtig verrichtet werden? Can adapted work be performed full time?	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
Falls nein, Angabe der höchstzulässigen Arbeitszeit (in Stunden oder als Prozentsatz eines Arbeitstages): If not, specify maximum working time (in hours of percentages of a working day): .....			
11.7	Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit besteht nach den Rechtsvorschriften Österreichs The invalidity for the last occupation is, under the legislation of Austria		
<input type="checkbox"/> vollständige total <input type="checkbox"/> teilweise Invalidität partial			
Falls teilweise, Grad angeben: If partial, indicate the degree: .....			
11.8	Nach den Rechtsvorschriften Österreichs Grad der Leistungsminderung für jede sonstige, den Fähigkeiten des Betreffenden entsprechende Tätigkeit: Degree of invalidity for any other work with reference to the aptitudes of the person concerned under the legislation of Austria: .....		
11.9	Art der Leistungsminderung nach den Rechtsvorschriften Österreichs (nur auszufüllen, wenn die ärztliche Untersuchung im Hinblick auf eine Entscheidung über einen Invaliditätspensionsantrag erfolgte) Category of invalidity under the legislation of Austria (Completely only if the medical examination was carried out with a view to the decision to be taken on a disability or invalidity pension claim) .....		
11.10	Die festgestellten Einsatzbeschränkungen bestehen The established restrictions		
a) auf Dauer seit ..... have been permanent since			
b) auf Zeit von ..... bis ..... are temporary, from ..... to .....			
11.11	Kann eine Verbesserung des derzeitigen Gesundheitszustandes erzielt werden? Would it be possible to improve the present state of health?		
<input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No <input type="checkbox"/> Keine Antwort möglich no answer possible			
Falls ja, durch welche Maßnahmen? If yes, indicate the measures: ..... .....			
11.12	Kann eine Besserung der Leistungsfähigkeit bewirkt werden durch: Are there possibilities to ameliorate the work capacity through:		
<input type="checkbox"/> medizinische Rehabilitation medical training <input type="checkbox"/> berufliche Rehabilitation vocational training  <input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No <input type="checkbox"/> keine Antwort möglich no answer possible			

**12.**

Ist eine Nachuntersuchung erforderlich?  
Is re-examination necessary in the future?

Ja  
Yes

Nein  
No

Falls ja, wann?  
If yes, please state when:

.....

Unterschrift des Arztes  
Doctor's signature

Datum, Stempel  
Date, Seal

**Hinweise**  
**Explanatory Notes**

- (1) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.  
Postcode, Town, Street, Number, Country.
- (2) Nach Möglichkeit sind alle Berufe anzugeben, die der Versicherte ausgeübt hat. Diese Angaben beruhen auf der Erklärung des Betroffenen.  
Please list as far as possible all the occupations in which the insured person has worked. This information is given after the statement of the person concerned.