

AUSFÜHRLICHER ÄRZTLICHER BERICHT	DETAILED MEDICAL REPORT
---	--------------------------------

Deutsche Versicherungsnummer	<input style="width: 100%;" type="text"/>	German Insurance Number
Kennzeichen	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Reference
Philippinische Sozialversicherungsnummer <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> GSIS	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Philippine Social Security Number <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> GSIS

1.1	Träger, für den der Bericht bestimmt ist Institution to which the report is addressed
<input type="checkbox"/>	Social Security System Bilateral Agreements Department 3rd Floor, SSS Building, East Avenue DILIMAN, QUEZON CITY 1100 PHILIPPINES
<input type="checkbox"/>	Government Service Insurance System Operations Division Level 4, GSIS Headquarters Financial Center, Macapagal Boulevard PASAY CITY 1308 PHILIPPINES

1.2	Träger, der die Untersuchung veranlasst hat Institution which requested the examination	
	Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover <input type="checkbox"/>	38091 Braunschweig GERMANY
	Deutsche Rentenversicherung Bund <input type="checkbox"/>	10704 Berlin GERMANY
	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/>	44781 Bochum GERMANY
	Stempel Stamp	Datum Date
	Unterschrift Signature	

1.3	Untersuchte Person Person examined	
1.3.1	Nachname Surname	
1.3.2	Vorname(n) First name(s)	Geburtsort Place of birth
1.3.3	Geburtsdatum Date of birth	Staatsangehörigkeit Nationality Geschlecht Sex <input type="checkbox"/> M/M <input type="checkbox"/> W/F

.....

.....

1.3.4	Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Staat) Address (Street, number, ZIP code, city/municipality, country)
1.3.5	Zuletzt ausgeübter Beruf ¹⁾ Last occupation ¹⁾
1.3.6	Rentantrag gestellt am: Date of submission of the pension claim:
1.3.7	Neuantrag wegen Verschlimmerung gestellt am: Date of submission of request for review on grounds of aggravation:

1.4	Ärztlicher Bericht, angefertigt von Physician who accomplish the report
1.4.1	Nachname Surname
	Vorname First name
1.4.2	Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Staat) Address (Street, number, ZIP code, city/municipality, country)
1.4.3	Vertrauensarzt des/der Examining physician of

2.	
2.1	Ärztlicher Bericht beruht auf eigener Untersuchung vom (Datum) Medical report is based on own examination of (date)
2.2	Ärztlicher Bericht beruht auf Befundbericht vom (Datum) Medical report is based on medical report of (date)

3.	Vorgeschichte Patient's history
3.1	Medizinische Anamnese Medical history
3.2	Derzeit vorrangige Beschwerden Current main medical conditions
3.2.1	Behandelnder Arzt Attending physician

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	Kreislaufsystem Circulatory system
4.5.1	Herz Heart
4.5.2	Puls Pulse
4.5.3	Blutdruck (in Ruhe) Blood pressure (at rest)
4.5.4	Blutdruck (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 intra-abdominal 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 9) Locomotor system (if necessary use Neutral-O method, page 9)
4.8.1	Wirbelsäule Spine
4.8.2	Obere Gliedmaßen Upper limbs
4.8.3	Untere Gliedmaßen Lower limbs

4.9	Nachweis von Lymphknotenschwellungen Presence of lymphatic node swellings
4.10	Neurologischer Befund Neurological findings Bewegungen (Muskeltonus und -trophik): <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> steif <input type="checkbox"/> verlangsamt <input type="checkbox"/> kraftlos Movement (muscle power and tone): <input type="checkbox"/> unremarkable <input type="checkbox"/> stiff <input type="checkbox"/> slowed <input type="checkbox"/> weak Gang: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> schwerfällig <input type="checkbox"/> behindert rechts <input type="checkbox"/> behindert links Gait: <input type="checkbox"/> unremarkable <input type="checkbox"/> ponderous <input type="checkbox"/> impaired on right <input type="checkbox"/> impaired on left Reflexe Reflexes
4.11	Psychovegetative Symptomatik Psychovegetative symptoms
4.12	Sonstiges (Allergien usw.) Other (allergies etc.)

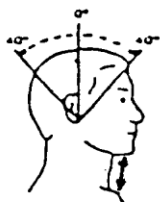
5.	Funktionsprüfungen und sonstige fachmedizinische Untersuchungen (soweit erforderlich) Function and other specialist tests (when necessary)
5.1	Lungenfunktion Lung function
5.2	Herz-Kreislauf-Funktion/Belastungs-EKG Cardiac function/exercise ECG
5.3	Ultraschall-Dopplersonographie (Herz und Gefäße) Doppler ultrasonography (heart and vessels)

5.4	Bildgebende Verfahren (mit Datumsangaben) Imaging procedures (please specify date)
5.4.1	(Aktueller) Röntgenbefund Findings in recent x-ray examination
5.4.2	Frühere Untersuchungsergebnisse bzw. Fremdbefunde Findings in previous x-ray examinations performed elsewhere
5.4.3	Sonographie (u. a. Abdomen) Ultrasonography (abdomen etc.)
5.4.4	Kernspintomographie und sonstige fachspezifische Untersuchungen MRI and other special examinations
5.5	Laborbefunde Laboratory results
5.6	Sonstige Untersuchungen Other tests

**Messblatt für den Bewegungsapparat nach der Neutral-O-Methode.
Measurements of locomotor system (neutral-zero method).**

Einzutragen sind nur pathologische Befunde oder Normalbefunde, die ausdrücklich vermerkt werden sollen.
Indicate only pathological findings or normal findings that should be specifically recorded.

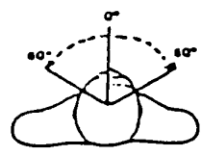
Wirbelsäule Spine



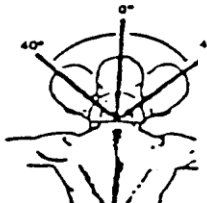
Streckung/Beugung
Extension/Flexion
40° - 0° - 40°

_____ cm


Kinn-Jugulum Abstand
Chin-sternum distance



Rotation re/li
Rotation R/L
60° - 0° - 60°




Seitneigung re/li
Lateral inclination R/L
40° - 0° - 40°




Schober
Lumbar spinal
mobility test
8 - 10 - 15 cm

_____ -10- _____ cm

FBA _____ cm

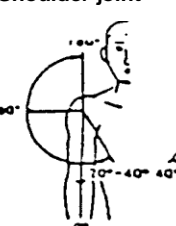


Rotation re/li
Rotation R/L
50° - 0° - 50°



Seitneigung re/li
Lateral inclination R/L
30° - 0° - 30°

Schultergelenk Shoulder joint

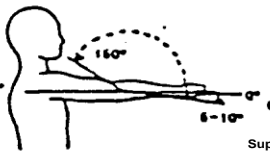


Ab-/Adduktion
Abduction/Adduction
180° - 0° - 40°

R _____

L _____

Ellbogengelenk Elbow joint

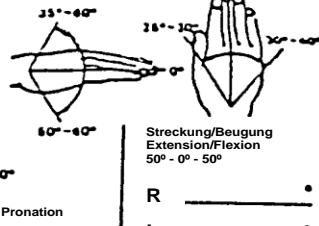


Streckung/Beugung
Extension/Flexion
10° - 0° - 150°

R _____

L _____

Handgelenk Wrist joint

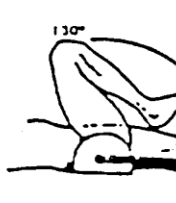


Streckung/Beugung
Extension/Flexion
50° - 0° - 50°

R _____

L _____

Hüftgelenk Hip joint

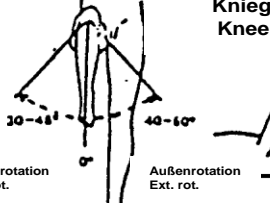


Streckung/Beugung
Extension/Flexion
10° - 0° - 130°

R _____

L _____

Kniegelenk Knee joint

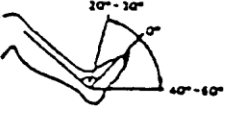


Streckung/Beugung
Extension/Flexion
5° - 0° - 150°

R _____

L _____

Ob. Sprunggelenk Talocrural joint



Streckung/Beugung
Extension/Flexion
40° - 0° - 25°

R _____

L _____

Ab-/Adduktion Abduction/Adduction

180° - 0° - 40°

R _____

L _____

Rückwärts/Vorwärts Backwards/Forwards

40° - 0° - 160°

R _____

L _____

Supi-/Pronation Supination/Pronation

85° - 0° - 85°

R _____

L _____

Ab-/Adduktion Abduction/Adduction

35° - 0° - 25°

R _____

L _____

Ab-/Adduktion Abduction/Adduction

50° - 0° - 25°

R _____

L _____

Außen-/Innenrotation Ext./Int. rot.

35° - 0° - 45°

R _____

L _____

Streckung/Beugung Extension/Flexion

5° - 0° - 150°

R _____

L _____

Streckung/Beugung Extension/Flexion

40° - 0° - 25°

R _____

L _____

Umfangmaße in cm: Circumference in cm:

Oberarm (15 cm ob. Epic.lat.)
Upper arm (15 cm above lateral epic.)

Ellenbogengelenk
Elbow joint

Unterarm (10 cm u. Epic.lat.)
Forearm (10 cm below lateral epic.)

Handgelenk
Wrist

Mittelhand (ohne Daumen)
Metacarpus (without thumb)

	R	L

Umfangmaße in cm: Circumference in cm:

Oberschenkel (20 cm ob. Inn. Knie-Gelenkspalt)
Thigh 20 cm above medial knee-joint space

Kniescheibenmitte
Mid patella

Unterschenkel (15 cm unterh. inn. Gelenkspalt)
Lower leg (15 cm below medial joint space)

Unterschenkel, kleinster Umfang
Lower leg, smallest circumference

Knöchel
Malleolus

	R	L

.....,

.....

8.	<p>Zusammenfassende Beurteilung Summary assessment</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>Krankheitsverlauf Course of disease</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>Gesundheitsschäden Damage to health</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>Funktionseinschränkungen Functional deficits</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>Im Vergleich zur Voruntersuchung vom (Datum) hat sich der Zustand Compared with previous report of (date) the condition is</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> gebessert. improved. <input type="checkbox"/> verschlechtert. worse. <input type="checkbox"/> nicht geändert. without change. </p>

9.	<p>Der/die Versicherte kann die folgenden Arten von Arbeiten noch regelmäßig verrichten: The insured person is still capable of regularly performing the following types of work:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> schwere heavy <input type="checkbox"/> mittelschwere average <input type="checkbox"/> leichte light </p>
-----------	---

10.	<p>Folgende Einsatzbeschränkungen sind zu berücksichtigen: The following restrictions should be taken into account:</p>										
10.1	<p>Verrichtet werden dürfen Tätigkeiten nur ohne: Work can only be performed without:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Nässe Damp</td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Kälte Cold</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Hitze Heat</td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Lärm Noise</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Rauch, Gase Dämpfe Smoke, gases, vapours</td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Nachtschicht Nightshifts</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Wechselschicht Alternating shifts</td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Häufiges Bücken, Heben, Tragen von Lasten Frequent bending, lifting, carrying loads</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Klettern oder Steigen Climbing ramps, ladders or stairs</td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Absturzgefahr Danger of falling</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 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"/> Nachtschicht Nightshifts	<input type="checkbox"/> Wechselschicht Alternating shifts	<input type="checkbox"/> Häufiges Bücken, Heben, Tragen von Lasten Frequent bending, lifting, carrying loads	<input type="checkbox"/> Klettern oder Steigen Climbing ramps, ladders or stairs	<input type="checkbox"/> Absturzgefahr Danger of falling
<input type="checkbox"/> 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"/> Nachtschicht Nightshifts										
<input type="checkbox"/> Wechselschicht Alternating shifts	<input type="checkbox"/> Häufiges Bücken, Heben, Tragen von Lasten Frequent bending, lifting, carrying loads										
<input type="checkbox"/> Klettern oder Steigen Climbing ramps, ladders or stairs	<input type="checkbox"/> Absturzgefahr Danger of falling										

10.2	<p>Tätigkeiten dürfen nur mit folgenden Bedingungen verrichtet werden: Work can only be performed under the following conditions:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> im Sitzen only in seated position </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen only with additional (non-standard) breaks </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> in geschlossenen Räumen only indoors </td> <td style="vertical-align: top;"> Anzahl und Länge der betriebsunüblichen Pausen In addition to the usual breaks: number and length of breaks </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> mit wechselnder Körperhaltung with alternating body posture </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> abwechselnd im Gehen, Stehen, Sitzen alternating between walking, standing, sitting </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> ohne besonderen Zeitdruck work only without particular time pressure </td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> im Sitzen only in seated position	<input type="checkbox"/> mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen only with additional (non-standard) breaks	<input type="checkbox"/> in geschlossenen Räumen only indoors	Anzahl und Länge der betriebsunüblichen Pausen In addition to the usual breaks: number and length of breaks 	<input type="checkbox"/> mit wechselnder Körperhaltung with alternating body posture	<input type="checkbox"/> abwechselnd im Gehen, Stehen, Sitzen alternating between walking, standing, sitting	<input type="checkbox"/> ohne besonderen Zeitdruck work only without particular time pressure	
<input type="checkbox"/> im Sitzen only in seated position	<input type="checkbox"/> mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen only with additional (non-standard) breaks								
<input type="checkbox"/> in geschlossenen Räumen only indoors	Anzahl und Länge der betriebsunüblichen Pausen In addition to the usual breaks: number and length of breaks 								
<input type="checkbox"/> mit wechselnder Körperhaltung with alternating body posture	<input type="checkbox"/> abwechselnd im Gehen, Stehen, Sitzen alternating between walking, standing, sitting								
<input type="checkbox"/> ohne besonderen Zeitdruck work only without particular time pressure									
10.3	<p>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.</p> <p>.....</p> <p>allergisch ist gegen is allergic to</p> <p>.....</p>								

11.	Ergänzende Fragen Additional questions		
11.1	Kann der/die Versicherte Bildschirmarbeit verrichten? Can the insured person do video-screen work?	<input type="checkbox"/> ja yes	<input type="checkbox"/> nein no
	Falls nein, Angabe der Gründe: If "no", please specify the reasons:		
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 in the workplace?	<input type="checkbox"/> ja yes	<input type="checkbox"/> nein no
	Falls nein, Angabe der Gründe: If "no", please specify the reasons:		
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?	<input type="checkbox"/> ja yes	<input type="checkbox"/> nein no
	Falls nein, Angabe der Gründe: If "no", please specify the reasons:		
11.4	Kann der/die Versicherte seine/ihre letzte Tätigkeit alsvollschichtig 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 "no", please specify maximum working time (in hours or as a percentage of a working day):		
11.5	Kann angepasste Arbeit verrichtet werden? Can suitable 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 suitable work:		

.....,

.....

11.6	<p>Kann angepasste Arbeit vollschichtig verrichtet werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Can adapted work be performed full time? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Falls nein, Angabe der höchstzulässigen Arbeitszeit (in Stunden oder als Prozentsatz eines Arbeitstages): If "no", specify maximum working time (in hours or as a percentage of a working day):</p> <p>.....</p>
11.7	<p>Die festgestellten Einsatzbeschränkungen bestehen The established restrictions</p> <p><input type="checkbox"/> auf Dauer seit have been permanent since</p> <p><input type="checkbox"/> auf Zeit von bis are temporary from to</p>
11.8	<p>Kann eine Verbesserung des derzeitigen Gesundheitszustandes erzielt werden? Would it be possible to improve the present state of health?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Antwort möglich <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no answer possible</p> <p>Falls ja, durch welche Maßnahmen? If "yes", indicate the measures.</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
11.9	<p>Kann eine Besserung der Leistungsfähigkeit bewirkt werden durch: Is it possible to ameliorate the ability to work through:</p> <p><input type="checkbox"/> medizinische Rehabilitation medical rehabilitation</p> <p><input type="checkbox"/> berufliche Rehabilitation vocational rehabilitation</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Antwort möglich <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no answer possible</p>

12.	<p>Ist eine Nachuntersuchung erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Is re-examination necessary in the future? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Falls ja, wann? If "yes", please state when</p> <p>.....</p>				
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> Unterschrift des Arztes Physician's signature </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> Datum, Stempel Date, Stamp </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none; padding-top: 20px;"> </td> </tr> </table>	Unterschrift des Arztes Physician's signature	Datum, Stempel Date, Stamp	
Unterschrift des Arztes Physician's signature	Datum, Stempel Date, Stamp				
.....					

Hinweis Note	
1)	<p>Nach Möglichkeit sind alle Berufe anzugeben, die der Versicherte ausgeübt hat. Diese Angaben beruhen auf der Erklärung des Betreffenden. Please list as far as possible all the occupations in which the insured person has worked. This information is based on the statement of the person concerned.</p>

