

.....

1.3.5	Last occupation ¹⁾ Zuletzt ausgeübter Beruf ¹⁾
1.3.6	Date of submission of pension claim: Rentenantrag gestellt am:
1.3.7	Date of submission of request for review on grounds of aggravation: Neuantrag wegen Verschlimmerung gestellt am:

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

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

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

.....

.....

3.3	Current treatment Derzeitige Behandlung
3.4	Social and employment history ¹⁾ Arbeits- und Sozialanamnese ¹⁾
3.4.1	Is the insured person currently gainfully employed? Ist der Versicherte derzeit erwerbstätig? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no ja nein Number of working hours Zahl der Arbeitsstunden
	Type of actual employment: Art der derzeitigen Erwerbstätigkeit:
3.4.2	Accidents at work/Occupational diseases Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten
3.4.3	Type of last employment Art der letzten Erwerbstätigkeit
3.4.4	Unfit for work <input type="checkbox"/> since (date): Arbeitsunfähig seit (Datum): Cessation of work <input type="checkbox"/> on (date): Arbeitsaufgabe am (Datum):

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

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

.....

.....

4.5.6	Oedema Ödeme
4.5.7	ECG (at rest) Ruhe-EKG
4.6	Abdomen Abdomen
4.6.1	Digestive system and intra- abdominal organs Verdauungssystem und Bauchorgane
4.6.2	Liver Leber
4.6.3	Spleen Milz
4.6.4	Endocrine system Endokrines System
4.7	Genito-urinary system Harn- und Geschlechtsorgane
4.8	Locomotor system (if necessary use Neutral-O method, page 9) Bewegungsapparat (gegebenenfalls nach der Neutral-O-Methode auf Seite 9)
4.8.1	Spine Wirbelsäule
4.8.2	Upper limbs Obere Gliedmaßen
4.8.3	Lower limbs Untere Gliedmaßen

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

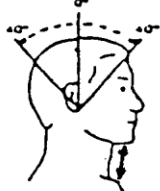
5.	Function and other tests (when necessary) Funktionsprüfungen und sonstige fachmedizinische Untersuchungen (soweit erforderlich)
5.1	Lung function Lungenfunktion
5.2	Cardiac function/exercise ECG Herz-Kreislauf-Funktion/Belastungs-EKG
5.3	Doppler ultrasonography (heart and vessels) Ultraschall-Dopplersonographie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

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

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

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

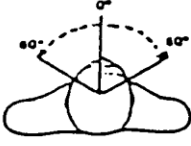
Wirbelsäule Spine



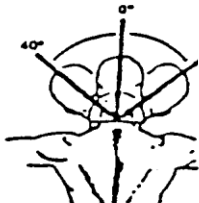
Streckung/Beugung
Extension/Flexion
40° - 0° - 40°

_____ cm

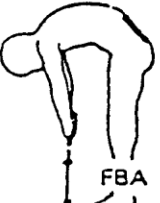
Kinn-Jugulum Abstand
Chin-sternum distance



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

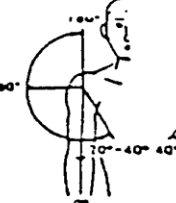


Rotation re/li
Rotation R/L
50° - 0° - 50°



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

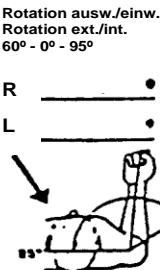
Schultergelenk Shoulder joint



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

R _____

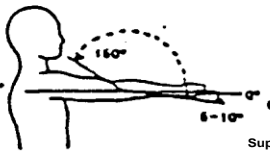
L _____



Rotation ausw./einw.
Rotation ext./int.
60° - 0° - 95°

R _____

L _____

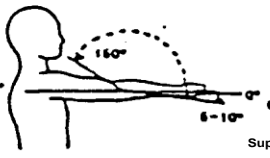


Streckung/Beugung
Extension/Flexion
10° - 0° - 150°

R _____

L _____

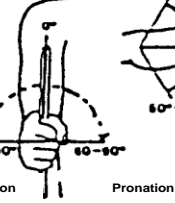
Ellbogengelenk Elbow joint



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

R _____

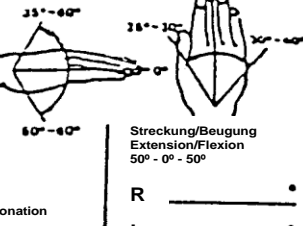
L _____



Supi-/Pronation
Supination/Pronation
85° - 0° - 85°

R _____

L _____

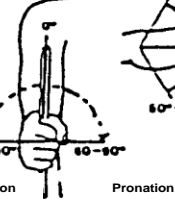


Streckung/Beugung
Extension/Flexion
50° - 0° - 50°

R _____

L _____

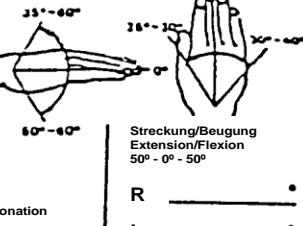
Handgelenk Wrist joint



Supi-/Pronation
Supination/Pronation
85° - 0° - 85°

R _____

L _____




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

R _____

L _____

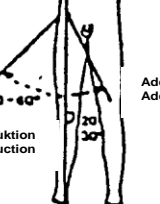
Hüftgelenk Hip joint



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

R _____

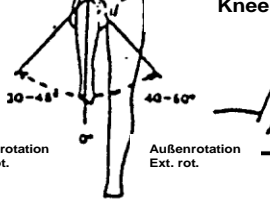
L _____



Ab-/Adduktion
Abduction/Adduction
50° - 0° - 25°

R _____

L _____

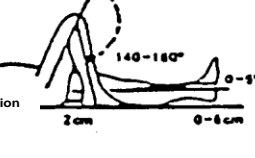


Außen-/Innenrotation
Ext./Int. rot.
35° - 0° - 45°

R _____

L _____

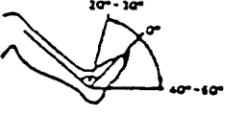
Kniegelenk Knee joint



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

R _____

L _____

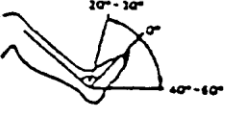


Streckung/Beugung
Extension/Flexion
40° - 0° - 25°

R _____

L _____


Ob. Sprunggelenk Talocrural joint



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

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

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

10.2	<p>Work can only be performed under the following conditions: Tätigkeiten dürfen nur mit folgenden Bedingungen verrichtet werden:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> only in seated position im Sitzen </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> only with additional (non-standard) breaks mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> only indoors in geschlossenen Räumen </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>In addition to the usual breaks: number and length of breaks Anzahl und Länge der betriebsunüblichen Pausen</p> <p>.....</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> with alternating body posture mit wechselnder Körperhaltung </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> alternating between walking, standing, sitting abwechselnd im Gehen, Stehen, Sitzen </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> work only without particular time pressure ohne besonderen Zeitdruck </td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> only in seated position im Sitzen	<input type="checkbox"/> only with additional (non-standard) breaks mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen	<input type="checkbox"/> only indoors in geschlossenen Räumen	<p>In addition to the usual breaks: number and length of breaks Anzahl und Länge der betriebsunüblichen Pausen</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> with alternating body posture mit wechselnder Körperhaltung	<input type="checkbox"/> alternating between walking, standing, sitting abwechselnd im Gehen, Stehen, Sitzen	<input type="checkbox"/> work only without particular time pressure ohne besonderen Zeitdruck	
<input type="checkbox"/> only in seated position im Sitzen	<input type="checkbox"/> only with additional (non-standard) breaks mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen								
<input type="checkbox"/> only indoors in geschlossenen Räumen	<p>In addition to the usual breaks: number and length of breaks Anzahl und Länge der betriebsunüblichen Pausen</p> <p>.....</p>								
<input type="checkbox"/> with alternating body posture mit wechselnder Körperhaltung	<input type="checkbox"/> alternating between walking, standing, sitting abwechselnd im Gehen, Stehen, Sitzen								
<input type="checkbox"/> work only without particular time pressure ohne besonderen Zeitdruck									
10.3	<p>The work performance is reduced because the insured person is restricted in using his/her sensory organs, hands, etc. Die Arbeitsleistung ist herabgesetzt, weil der/die Versicherte in der Gebrauchsfähigkeit seiner/ihrer Sinnesorgane, Hände usw. eingeschränkt ist</p> <p>.....</p> <p>is allergic to allergisch ist gegen</p> <p>.....</p>								

11.	Additional questions Ergänzende Fragen	
11.1	<p>Can the insured person do video-screen work? Kann der/die Versicherte Bildschirmarbeit verrichten?</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> yes ja </p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> no nein </p> <p>If "no", please specify the reasons: Falls nein, Angabe der Gründe:</p> <p>.....</p>	
11.2	<p>Can the insured person work without the support of another person in the workplace? Kann der/die Versicherte Arbeit am Arbeitsplatz ohne Hilfe einer anderen Person verrichten?</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> yes ja </p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> no nein </p> <p>If "no", please specify the reasons: Falls nein, Angabe der Gründe:</p> <p>.....</p>	
11.3	<p>Can the insured person work without the support of another person at home? Kann der/die Versicherte Arbeit zu Hause ohne Hilfe einer anderen Person verrichten?</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> yes ja </p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> no nein </p> <p>If "no", please specify the reasons: Falls nein, Angabe der Gründe:</p> <p>.....</p>	
11.4	<p>Can the insured person work full time in his/her last occupation as? Kann der/die Versicherte seine/ihre letzte Tätigkeit als vollschichtig verrichten?</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> yes ja </p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> no nein </p> <p>If "no", please specify maximum working time (in hours or as a percentage of a working day): Falls nein, Angabe der höchstzulässigen Arbeitszeit (in Stunden oder als Prozentsatz eines Arbeitstages):</p> <p>.....</p>	
11.5	<p>Can suitable work be performed? Kann angepasste Arbeit verrichtet werden?</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> yes ja </p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> no nein </p> <p>If "yes", please indicate some examples of suitable work: Falls ja, Angabe von angepassten Tätigkeiten als Beispiel:</p> <p>.....</p>	

.....

.....

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

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

Note Hinweis	
1)	<p>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. Nach Möglichkeit sind alle Berufe anzugeben, die der Versicherte ausgeübt hat. Diese Angaben beruhen auf der Erklärung des Betroffenen.</p>