

AUSFÜHRLICHER ÄRZTLICHER BERICHT

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 39 bis 41; Artikel 43a; Artikel 87

1.1 Träger, für den der Bericht bestimmt ist

1.1.1	Bezeichnung
1.1.2	Anschrift ⁽²⁾
1.1.3	Geschäftszeichen

1.2 Untersuchte Person

1.2.1	Name ⁽³⁾			
1.2.2	Vornamen	Frühere Namen ⁽³⁾	Geburtsort ⁽⁴⁾	
1.2.3	Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit	D.N.I. ⁽⁵⁾
1.2.4	Anschrift ⁽²⁾			
1.2.5	Zuletzt ausgeübter Beruf ⁽⁶⁾			
1.2.6	<input checked="" type="checkbox"/> Versicherungsnummer			
1.2.7	<input type="checkbox"/> Rentennummer			
1.2.8	Aktenzeichen			
1.2.9	Rentantrag gestellt am			
1.2.10	Neuantrag wegen Verschlimmerung gestellt am			

1.3 Ärztlicher Bericht, angefertigt von Dr. med.

1.3.1	Name
1.3.2	Anschrift ⁽²⁾
1.3.3	Vertrauensarzt des/der ⁽⁷⁾

1.4 Träger, der die Untersuchung veranlasst hat

1.4.1	Bezeichnung		
1.4.2	Anschrift ⁽²⁾		
1.4.3	Aktenzeichen		
1.4.4	Stempel	1.4.5	Datum
		1.4.6	Unterschrift

Name, Vornamen:

Datum:

2.1 Gutachten beruht auf eigener Untersuchung vom

Datum

2.2 Gutachten beruht auf Befundberichten vom

Datum

3 Vorgeschichte

3.1 Medizinische Anamnese

3.2 Derzeit vorhandene Beschwerden

3.2.1 Behandelnder Arzt

3.3

3.4 Arbeits- und Sozialanamnese ⁽⁶⁾

3.4.1 Ist der Versicherte derzeit erwerbstätig?

ja

nein

Zahl der Arbeitsstunden:

Art der derzeitigen Erwerbstätigkeit

3.4.2 Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten

3.4.3 Art der letzten Erwerbstätigkeit

3.4.4 Arbeitsunfähig

seit Datum

Arbeitsaufgabe

am Datum

Name, Vornamen:

Datum:

4 Befund

4.1 Allgemeinzustand

Grösse cm

Gewicht Kg

Ernährungszustand gut übergewichtig untergewichtig

Schleimhäute .

Haut .

Seelischer Zustand

Besonderheiten

4.2 Kopf

4.2.1 Sehvermögen

4.2.2 Hörvermögen

4.2.3 Sonstige Sinnesorgane

4.3 Hals (äusserlich)

4.3.1 Schilddrüse

4.3.2 Lymphknoten

4.3.3 Sonstige

4.4 Atmungsorgane

4.5 Kreislauforgane

4.5.1 Herz

4.5.2 Puls

4.5.3 RR (in Ruhe)

4.5.4 RR (Kontrolle)

4.5.5 Peripheres Gefäßsystem

4.5.6 Ödeme

4.5.7 Ruhe-EKG

4.6 Abdomen

4.6.1 Verdauungssystem und Bauchorgane

4.6.2 Leber

4.6.3 Milz

4.6.4 Endokrines System

4.7 Harn- und Geschlechtsorgane

Name, Vornamen:

Datum:

4.8 Bewegungsapparat (gegebenenfalls nach der Neutral-O-Methode auf Seite 4)

4.8.1 Wirbelsäule

4.8.2 Obere Gliedmassen

4.8.3 Untere Gliedmassen ..

4.9 Nachweis von Lymphknotenschwellungen

4.10 Zentralnervensystem

Bewegungen (Muskeltonus und –trophik): unauffällig steif verlangsamt kraftlos

Gang: unauffällig schwerfällig behindert rechts behindert links

Reflexstatus

4.11 Psychovegetative Symptomatik

4.12 Sonstige (u.a. Allergien)

Name, Vornamen:

Datum:

5 Funktionsprüfungen und sonstige fachmedizinische Untersuchungen (soweit erforderlich)

5.1 Lungenfunktion

5.2 Herz-Kreislauf-Funktion/Belastungs-EKG

5.3 Ultraschall-Dopplersonographie (Herz und Gefäße)

5.4 Bildgebende Verfahren (mit Datumsangaben)

5.4.1 (Heutiger) Röntgenbefund

5.4.2 Frühere Untersuchungsergebnisse bzw. Fremdbefunde

5.4.3 Sonographie (u.a. Abdomen)

5.4.4 Kernspintomographie und sonstige fachspezifische Untersuchungen

5.5 Laborbefunde

5.6 Sonstige Untersuchungen

Name, Vornamen:

Datum:

6 Einlegeblatt für weitere fachmedizinische Untersuchungen (nur auszufüllen, falls sachdienlich)



Name, Vornamen:

Datum:

7 Diagnose

(ICD-Diagnoseschlüssel, Verwendung wird empfohlen)

8 Zusammenfassende Beurteilung

Krankheitsverlauf

Gesundheitsschäden

Funktionseinschränkungen

Im Vergleich zur Voruntersuchung (vom)

hat sich der Zustand gebessert

verschlechtert

nicht geändert

9 Der Versicherte kann die folgenden Tätigkeiten noch regelmäßig verrichten:

schwere

mittelschwere

leichte

Name, Vornamen:

Datum:

10 Folgende Einsatzbeschränkungen sind zu berücksichtigen:

10.1 Verrichtet werden dürfen nur Tätigkeiten ohne:

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Nässe | <input type="checkbox"/> | Kälte | <input type="checkbox"/> |
| Hitze | <input type="checkbox"/> | Lärm | <input type="checkbox"/> |
| Rauch, Gase, Dämpfe | <input type="checkbox"/> | | |
| Wechselschicht | <input type="checkbox"/> | Nachtschicht | <input type="checkbox"/> |
| Bücken, Heben, Tragen von Lasten | <input type="checkbox"/> | | |
| Klettern oder Steigen | <input type="checkbox"/> | Absturzgefahr | <input type="checkbox"/> |

10.2 Versicherte(r) darf nur Tätigkeiten verrichten:

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| im Sitzen | <input type="checkbox"/> | mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen | <input type="checkbox"/> |
| in geschlossenen Räumen | <input type="checkbox"/> | Anzahl und Länge der betriebsunüblichen Pausen | |
| mit wechselnder Körperhaltung | <input type="checkbox"/> | abwechselnd im Gehen, Stehen, Sitzen | <input type="checkbox"/> |
| ohne besonderen Zeitdruck | <input type="checkbox"/> | | |

10.3 Die Arbeitsleistung ist herabgesetzt, weil der/die Versicherte in der Gebrauchsfähigkeit seiner/ihrer Sinnesorgane Hände usw. eingeschränkt ist allergisch ist gegen

11 Ergänzende Fragen

11.1 Kann der/die Versicherte Bildschirmarbeit verrichten?

ja nein

Falls nein, Angabe der Gründe

11.2 Kann der/die Versicherte Arbeit am Arbeitsplatz ohne Hilfe einer anderen Person verrichten?

ja nein

Falls nein, Angabe der Gründe

11.3 Kann der/die Versicherte Arbeit zu Hause ohne Hilfe einer anderen Person verrichten?

ja nein

Falls nein, Angabe der Gründe

Name, Vornamen:

Datum:

- 11.4 Kann der/die Versicherte seine/ihre letzte Tätigkeit als vollschichtig verrichten?
ja nein
Falls nein, Angabe der höchstzulässigen Arbeitszeit (in Stunden oder als Prozentsatz eines Arbeitstages):
- 11.5 Kann angepasste Arbeit verrichtet werden?
ja nein
Falls ja, Angabe von angepassten Tätigkeiten als Beispiel
- 11.6 Kann angepasste Arbeit vollschichtig verrichtet werden?
ja nein
Falls nein, Angabe der höchstzulässigen Arbeitszeit (in Stunden oder als Prozentsatz eines Arbeitstages):
- 11.7 Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit besteht nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes
 vollständige teilweise Invalidität
Falls teilweise, Grad angeben
(betrifft nicht Deutschland und die Niederlande)
- 11.8 Nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes Grad der Leistungsminderung für jede sonstige den Fähigkeiten des Betreffenden entsprechende Tätigkeit
(betrifft nicht Deutschland, Irland, Luxemburg und die Niederlande)
- 11.9 Art der Leistungsminderung nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes
(nur auszufüllen, wenn die ärztliche Untersuchung im Hinblick auf eine Entscheidung über einen Invaliditätsrentenantrag erfolgte)
(betrifft nicht Deutschland und die Niederlande)
- 11.10 Die festgestellten Einsatzbeschränkungen bestehen
a) auf Dauer seit
b) auf Zeit von bis
- 11.11 Kann eine Verbesserung des derzeitigen Gesundheitszustandes erzielt werden?
ja nein keine Antwort möglich
Falls ja, durch welche Massnahmen?

Name, Vornamen:

Datum:

11.12 Kann eine Besserung der Leistungsfähigkeit bewirkt werden durch;

medizinische Rehabilitation?

berufliche Rehabilitation?

ja

nein

keine Antwort möglich

12 Ist eine Nachuntersuchung erforderlich?

ja

nein

Falls ja, wann

Unterschrift des Arztes

Stempel

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen.

Er umfasst sieben Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

- (1) Kennbuchstaben des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik, DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland, GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern, LV = Lettland, LU = Luxemburg; HU = Ungarn, MI = Malta, NL = Niederlande; AT = Österreich, PL = Polen, PT = Portugal; SI = Slowenien, SK = Slowakei, FI = Finnland, SE = Schweden, UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (2) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land, Telefonnummer.
- (3) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Geburtsnamen anzugeben.
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.
- (4) Bei portugiesischen Orten sind auch Gemeinde (freguesia) und Kreis (concelho) anzugeben.
- (5) Je nach Empfängerträger erforderliche Angaben: für tschechische Träger die Geburtsnummer; für zyprische Träger bei zyprischen Staatsangehörigen die zyprische Identifikationsnummer, bei nicht zyprischen Staatsangehörigen die Nummer der Ausländermeldebescheinigung (Alien Registration Certificate – ARC); für dänische Träger, die CPR-Nummer; für finnische Träger die finnische Bevölkerungsregisternummer; für schwedische Träger die schwedische Personennummer (personnummer); für isländische Träger die isländische persönliche Identifizierungsnummer (kennitala); für liechtensteinische Träger die AHV-Versicherungsnummer; für litauische Träger die persönliche Identifizierungsnummer; für lettische Träger die Identitätsnummer; für ungarische Träger die TAJ-Nummer; für maltesische Träger bei maltesischen Staatsangehörigen die Nummer des Personalausweises und bei nicht maltesischen Staatsangehörigen die maltesische Sozialversicherungsnummer; für norwegische Träger die norwegische persönliche Identifizierungsnummer (fodselsnummer); für belgische Träger die nationale Sozialversicherungsnummer (NISS); für deutsche Träger des allgemeinen Systems die Versicherungsnummer (VSNR), für Träger des Beamtenondersystems die Personenken-Nummer (PSR-Kenn-Nr.); für spanische Träger sind – falls vorhanden – bei spanischen Staatsangehörigen die auf dem spanischen Personalausweis D.N. 1. (Documento Nacional de Identidad) vermerkte Nummer und bei Ausländern deren Identifizierungsnummer NIE. (Número de Identificación de Extranjeros) anzugeben, auch dann, wenn der Ausweis abgelaufen ist; falls nicht vorhanden, ist „KEINE anzugeben; für österreichische Träger die österreichische Versicherungsnummer (VSNR); für polnische Träger das Aktenzeichen des Rentenvorgangs der Person, die bereits eine Rente aus dem polnischen Sozialversicherungssystem beantragt oder einen Rentenanspruch begründet hat, bei einer Person, die erstmals eine polnische Rente beantragt, die PESEL- und NIP- oder NKP-Nummer (NKP-Nummer falls die betreffende Person der Sozialversicherung für Landwirte unterliegt); falls keine dieser Nummern vorhanden ist, sind Serie und Nummer des Personalausweises oder des Reisepasses anzugeben; für portugiesische Träger die Registrierungsnummer im allgemeinen Rentensystem, und ob die betreffende Person beim portugiesischen Beamtenondersystem versichert war; für slowakische Träger die Geburtsnummer; für slowenische Träger die persönliche Identifizierungsnummer (EMSO); für schweizerische Träger die AVS/AI(AHV/IV) – Versicherungsnummer.

Nach Möglichkeit sind alle Berufe anzugeben, die der Versicherte ausgeübt hat. Diese Angaben beruhen auf der Erklärung des Betroffenen. Gegebenenfalls sind Einlegeblätter zu verwenden.

- (7) Betrifft nicht Norwegen.
- (8) Für polnische Träger ist Feld 1 des „Einlegeblatts 4 auszufüllen.

ERGÄNZENDE AUSKÜNFTE FÜR NIEDERLÄNDISCHE TRÄGER

Fragen	Antworten				
Kann der Versicherte	Nein	Ausnahmsweise	Gelegentlich	Regelmässig	Vollzeitig/uningeschränkt
1. Sitzen					
2. Stehen					
3. Gehen					
4. Knien, Kriechen, Hocken					
5. Gebückt arbeiten					
6. In kurzem Wechselrhythmus Bücken/Drehen					
7. Den Nacken beanspruchen					
8. Mit gestreckten Armen arbeiten					
9. Überkopfarbeiten verrichten					
10. Die Hände/Finger gebrauchen					
11. Heben und Tragen max. kg					
12. In einer Umgebung arbeiten					
– mit plötzlichen Temperaturschwankungen					
– mit hoher relativer Feuchtigkeit (> 90 %)					
– mit niedriger rel. Feuchtigkeit (< 35 %)					
– mit starker Zugluft					
13. Intensive Hautkontakte mit festen und flüssigen Stoffen vertragen					
14. Vibrationen ertragen					
15. Schutzkleidung tragen					
16. Ein vorgegebenes Arbeitstempo durchhalten					
17. Erzwungene Untätigkeit ertragen					
18. Arbeitsbezogene Konfliktsituationen beherrschen					
19. Mit Konfliktsituationen fertig werden					
20. Monotone Arbeiten verrichten					
21. Sich rasch wiederholende Arbeitsgänge erledigen					
22. Verantwortung tragen					
23. Allein arbeiten					
24. Mit anderen zusammen arbeiten					

EINLEGEBLATT FÜR DIE TRÄGER DES VEREINIGTEN KÖNIGREICHES

A. In allen Fällen auszufüllen

1. Name und Anschrift des Arztes der in Feld 1.2 genannten Person

B. Auszufüllen bei geistiger oder psychischer Erkrankung der betreffenden Person

2. Weist die betreffende Person eine der folgenden Krankheiten oder Behinderungen auf, ist das entsprechende Kästchen anzukreuzen.

- geistige oder psychische Erkrankungen (falls ja, welche?)
 Persönlichkeitsstörung beträchtlichen Ausmaßes
 stark ausgeprägte Lernunfähigkeit
 Alkohol- oder Drogenmissbrauch
 Beeinträchtigung der Hirnfunktion infolge organischer Erkrankung oder Hirnverletzung

Falls ein Kästchen unter Ziffer 2 angekreuzt wurde, sind die Fragen 3 bis 7 zu beantworten

3. Haben sich bei der betreffenden Person in den letzten sechs Monaten paranoide Symptome, Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder andere eindeutig psychotische Symptome/Verhaltensweisen manifestiert?

- Ja Nein

4. Steht die Person unter oral oder parental verabreichten Depotantipsychotika?

- Ja Nein

5. Bedarf die Person wegen der Folge des unter 2 angekreuzten Zustandes ständiger Aufsicht oder Pflege?

- Ja Nein

Wenn ja, wird ständige häusliche oder stationäre Aufsicht gestellt?

- Häusliche Aufsicht Stationäre Aufsicht

6. Wird die Person an mindestens einem Tag der Woche in einer Tagesstätte (mit ständiger qualifizierter Pflege) betreut?

- Ja Nein

7. Name und Anschrift des hinzugezogenen Psychiaters:

8. Bemerkungen, die bei der Bemessung des Schweregrades des geistigen oder seelischen Leidens hilfreich sein können, selbst wenn keines der Kästchen unter Ziffer 2 angekreuzt wurde:

ERGÄNZENDE AUSKÜNFTE FÜR NORWEGISCHE TRÄGER

1. Haben andere Faktoren als Krankheit die Leistungsminderung mit verursacht (welche und in welchem Ausmaß)?
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
2. Hat der Patient unmittelbar vor der derzeitigen Leistungsminderung Teilzeittätigkeiten als Heimarbeiter und als Arbeitnehmer/Selbständiger ausgeübt?
- Ja Nein
-
-
3. Entstehen dem Patienten dauernde oder krankheitsbedingte Sonderaufwendungen für Fortbewegung, Diät usw., die von einem System der sozialen Sicherheit nicht voll oder teilweise übernommen werden.
- Ja Nein

Falls ja, Auflistung der Sonderaufwendungen nach Art und Höhe:

ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR POLNISCHE TRÄGER

1. Auskünfte zu Nummer 4.10 „Neurologischer Befund“:

Muskeltonus normal erhöht verringert
 normal verringert (Adynamie)

Beweglichkeit:

2. Ursache der Funktionsschädigung:

- Arbeitsunfall?
 Wegeunfall?
 Unfall unter besonderen Umständen?
 Dienstunfall?

Unfallzeitpunkt:

- Berufskrankheit?

Zeitpunkt des Ausbruchs der Berufskrankheit:

- andere Umstände (bitte näher ausführen)?

3.1 Ist die untersuchte Person ständig oder langfristig auf die Hilfe anderer angewiesen?

- Nein Ja, in folgenden Bereichen:
- Mobilität zu Hause
 - Zubereitung und Aufnahme von Mahlzeiten
 - persönliche Hygiene
 - Verrichtung von Körperfunktionen
 - Bewältigung täglicher Verrichtungen außerhalb des Hauses

3.2 Ist der geistige Zustand der untersuchten Person Grund dafür, dass sie ständig oder langfristig der Hilfe anderer bedarf?

- Nein Ja, weil:

4. Auszufüllen bei geistiger oder psychischer Erkrankung der betreffenden Person

4.1 Weist die betreffende Person eine der folgenden Krankheiten oder Behinderungen auf, ist das entsprechende Kästchen anzukreuzen:

- Geistige oder psychische Erkrankungen (falls ja, welche?):
 Persönlichkeitsstörung beträchtlichen Ausmaßes
 Stark ausgeprägte Lernunfähigkeit
 Alkohol- oder Drogenmissbrauch
 Beeinträchtigung der Hirnfunktion infolge organischer Erkrankung oder Hirnverletzung

Falls ein Kästchen unter Ziffer 4.1 angekreuzt wurde, sind die Fragen 4.2 bis 4.6 zu beantworten.

4.2 Haben sich bei der betreffenden Person in den letzten sechs Monaten paranoide Symptome, Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder andere eindeutig psychotische Symptome/Verhaltensweisen manifestiert?

Ja Nein

4.3 Steht die Person unter Neuroleptika und/oder anderen Psychopharmaka, die oral oder als Depotinjektion verabreicht werden?

Ja Nein

4.4 Bedarf die Person wegen des unter 4.1 angekreuzten Zustandes ständiger Aufsicht oder Pflege?

Ja Nein

Wenn ja, wird ständige häusliche oder stationäre Aufsicht gestellt?

Häusliche Aufsicht Stationäre Aufsicht

4.5 Wird die Person an mindestens einem Tag der Woche in einer Tagesstätte (mit ständiger qualifizierter Pflege) betreut?

Ja Nein

4.6 Name und Anschrift des hinzugezogenen Psychiaters:

4.7 Bemerkungen, die bei der Bemessung des Schweregrads des geistigen oder seelischen Leidens hilfreich sein können, selbst wenn keines der Kästchen unter Nummer 4A angekreuzt wurde:

ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR UNGARISCHE TRÄGER

1. Bedarf die Person ständiger Aufsicht oder Pflege?

Ja

Nein

Wenn ja, wird ständige häusliche oder stationäre Aufsicht gestellt?

Häusliche Aufsicht

Stationäre Aufsicht

3. Bei welchen Tätigkeiten benötigt die Person Hilfe?

.....
.....

3. Benötigt die Person therapeutisches Gerät?

Ja

Nein

Wenn ja, welches?

.....
.....