

AUSFÜHRLICHER ÄRZTLICHER BERICHT

DETAILED MEDICAL REPORT

Deutsche Versicherungsnummer		German Insurance Number
Kennzeichen		Reference
Philippinische Sozialversicherungsnummer <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> GSIS		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 International Affairs 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	
<input type="checkbox"/>	Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover 38091 Braunschweig GERMANY	
<input type="checkbox"/>	Deutsche Rentenversicherung Bund 10704 Berlin GERMANY	
<input type="checkbox"/>	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See 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	Rentenantrag 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 Medical report is based on own examination of	Datum (date)
2.2	Ärztlicher Bericht beruht auf Befundbericht vom Medical report is based on medical report of	Datum (date)

3		
3.1	Medizinische Anamnese Medical history	



3.2	Derzeit vorrangige Beschwerden Current main medical conditions
3.2.1	Behandelnder Arzt Attending physician
3.3	Derzeitige Behandlung Current treatment
3.4	Arbeits- und Sozialanamnese (1) Social and employment history (1)
3.4.1	Ist der Versicherte derzeit erwerbstätig? Is the insured person currently gainfully employed? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes Zahl der Arbeitsstunden Number of working hours _____ 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 Arbeitsaufgabe Cessation of work <input type="checkbox"/> seit (Datum): <input type="checkbox"/> since (Date): _____ <input type="checkbox"/> am (Datum): <input type="checkbox"/> on (Date): _____



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 11) Locomotor system (if necessary use Neutral-O method, page 11)
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): Movement (muscle power and tone):	<input type="checkbox"/> unauffällig unremarkable	<input type="checkbox"/> steif stiff
		<input type="checkbox"/> verlangsamt slowed	<input type="checkbox"/> kraftlos weak
	Gang: Gait:	<input type="checkbox"/> unauffällig unremarkable	<input type="checkbox"/> schwerfällig ponderous
	<input type="checkbox"/> behindert rechts impaired on right	<input type="checkbox"/> behindert links 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

6	Einlegeblatt für weitere fachmedizinische Untersuchungen (nur auszufüllen, falls sachdienlich) Additional sheet for further specialists' findings (to be completed only if relevant)

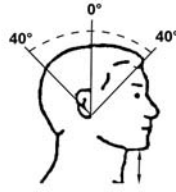


7					
	Diagnose Diagnosis				
	(ICD-Diagnoseschlüssel, Verwendung wird empfohlen) (ICD code, use is recommended)				



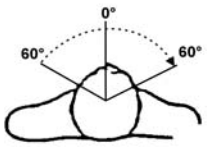
**Messblatt für den Bewegungsapparat nach der Neutral-O-Methode.
Measurements of locomotor system (neutral-zero method).**

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



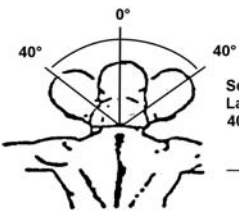
Streckung / Beugung
Extension / Flexion
40-0-40°

_____ °



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

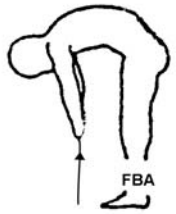
_____ °



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

_____ °


Wirbelsäule
Spine



Schober
Lumbar spinal mobility test
8 - 10 - 15 cm


_____ - 10 - _____ cm

FBA
_____ cm



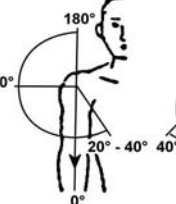
Rotation re / li
Rotation R / L
50-0-50°

_____ °



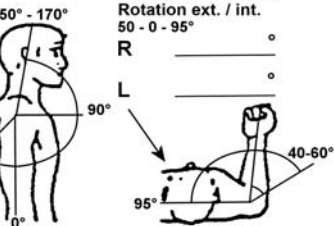
Seitneigung re / li
Lateral inclination R / L
30-0-30°

_____ °



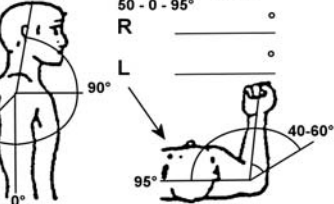
Ab- / Adduktion
Abduction / Adduction
180-0-40°

R _____ °
L _____ °



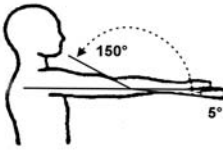
Rotation ausw. / einw.
Rotation ext. / int.
50 - 0 - 95°

R _____ °
L _____ °



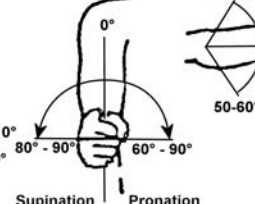
Rückwärts / Vorwärts
Backwards / Forwards
40-0-160°

R _____ °
L _____ °




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

R _____ °
L _____ °




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

R _____ °
L _____ °



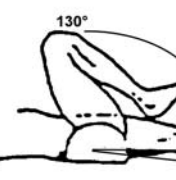
Streckung / Beugung
Extension / Flexion
50-0-50°

R _____ °
L _____ °



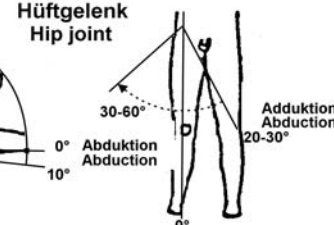
Ab- / Adduktion
Abduction / Adduction
35-0-25°

R _____ °
L _____ °



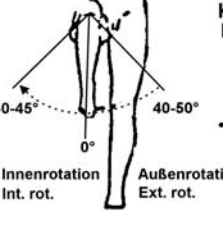
Streckung / Beugung
Extension / Flexion
10-0-130°

R _____ °
L _____ °



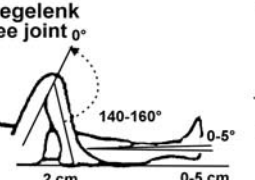
Ab- / Adduktion
Abduction / Adduction
50-0-25°

R _____ °
L _____ °



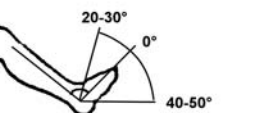
Außen- / Innenrotation
Ext. / Int. rot
35-0-45°

R _____ °
L _____ °



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.)
Upperarm (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 (15cm below medial joint space)

Unterschenkel, kleinster Umfang
Lower leg, smallest circumference

Knöchel
Malleolus

	R	L



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

9	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:
	<input type="checkbox"/> schwere <input type="checkbox"/> mittelschwere <input type="checkbox"/> leichte
	<input type="checkbox"/> heavy <input type="checkbox"/> average <input type="checkbox"/> light



10	Folgende Einsatzbeschränkungen sind zu berücksichtigen: The following restrictions should be taken into account:												
10.1	<p>Verrichtet werden dürfen Tätigkeiten nur ohne: Work can only be performed without:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nässe Damp</td> <td><input type="checkbox"/> Kälte Cold</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hitze Heat</td> <td><input type="checkbox"/> Lärm Noise</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rauch, Gase Dämpfe Smoke, gases, vapours</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wechselschicht Alternating shifts</td> <td><input type="checkbox"/> Nachtschicht Nightshifts</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Häufiges Bücken, Heben, Tragen von Lasten Frequent bending, lifting, carrying loads</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Klettern oder Steigen Climbing ramps, ladders or stairs</td> <td><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"/> Wechselschicht Alternating shifts	<input type="checkbox"/> Nachtschicht Nightshifts	<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"/> Wechselschicht Alternating shifts	<input type="checkbox"/> Nachtschicht Nightshifts												
<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 border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> im Sitzen only in seated position</td> <td><input type="checkbox"/> mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen only with additional (non-standard) breaks</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> in geschlossenen Räumen only indoors</td> <td>Anzahl und Länge der betriebsunüblichen Pausen In addition to the usual breaks: number and length of breaks</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> mit wechselnder Körperhaltung with alternating body posture</td> <td><input type="checkbox"/> abwechselnd im Gehen, Stehen, Sitzen alternating between walking, standing, sitting</td> </tr> <tr> <td><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> <hr/> <p>allergisch ist gegen is allergic to</p>												

11	Ergänzende Fragen Additional questions
11.1	<p>Kann der / die Versicherte Bildschirmarbeit verrichten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Can the insured person do video-screen work? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes</p> <p>Falls nein, Angabe der Gründe: If "no", please specify the reasons:</p>



11.2	<p>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? Falls nein, Angabe der Gründe: If "no", please specify the reasons:</p>	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes
11.3	<p>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? Falls nein, Angabe der Gründe: If "no", please specify the reasons:</p>	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes
11.4	<p>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"/> nein no <input type="checkbox"/> ja yes 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):</p>		
11.5	<p>Kann angepasste Arbeit verrichtet werden? Can suitable work be performed? Falls ja, Angabe von angepassten Tätigkeiten als Beispiel: If "yes", please indicate some examples of suitable work:</p>	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes
11.6	<p>Kann angepasste Arbeit vollschichtig verrichtet werden? Can adapted work be performed full time? 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>	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes
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? <input type="checkbox"/> nein no <input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> keine Antwort möglich no answer possible Falls ja, durch welche Maßnahmen: If "yes", indicate the measures:</p>		



