

Abkommen zwischen der Bundesrepublik
Deutschland und der Republik Östlich des
Uruguay über Soziale Sicherheit

Convenio de Seguridad Social entre
la República Federal de Alemania y
la República Oriental del Uruguay

AUSFÜHRLICHER ÄRZTLICHER BERICHT	INFORME MÉDICO DETALLADO
---	---------------------------------

Deutsche Versicherungsnummer		Número de seguro alemán
Kennzeichen (soweit bekannt)		Referencia (si se conoce)
Uruguayische Personalausweisnummer		Cédula de identidad uruguaya

Träger, für den der Bericht bestimmt ist

1.1 Institution que dispone la realización del examen

Banco de Previsión Social (BPS), Dpto. Convenios Internacionales, Ref. Trámite C.I.: 123 115 36
Colonia 1851, Piso 2, 11200 Montevideo, URUGUAY

Träger, der die Untersuchung veranlasst hat

1.2 Institution que solicita el examen

	<input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Rheinland - 40194 Düsseldorf <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Bund - 10704 Berlin <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See - 44781 Bochum	
Stempel Sello	Datum Fecha	Unterschrift Firma

Untersuchte Person

1.3 Persona examinada

1.3.1	Nachname Apellido(s) _____
1.3.2	Vorname(n) Nombre(s) _____
1.3.3	Geburtsort Lugar de nacimiento _____
1.3.3	Geburtsdatum Fecha de nacimiento _____
	Geschlecht Sexo <input type="checkbox"/> weiblich femenino <input type="checkbox"/> männlich masculino
1.3.3	Staatsangehörigkeit Nacionalidad _____
1.3.4	Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat) Dirección (código postal, localidad, calle, número, país) _____
1.3.5	Berufliche Vorgeschichte ⁽¹⁾ Antecedentes laborales ⁽¹⁾ _____
1.3.6	Rentenantrag gestellt am: Fecha de presentación de la solicitud de la prestación: _____
1.3.7	Neuantrag wegen Verschlimmerung gestellt am: Fecha de presentación de la solicitud de revisión por agravación: _____



Versicherungsnummer / Número de seguro alemán

Kennzeichen / Referencia

**1.4 Ärztlicher Bericht, angefertigt von
Informe expedido por**

1.4.1	Nachname Apellido(s) _____ Vorname(n) Nombre(s) _____
1.4.2	Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat) Dirección (código postal, localidad, calle, número, país) _____ _____
1.4.3	Vertrauensarzt des / der Inspector médico de _____

2

2.1	Ärztlicher Bericht beruht auf eigener Untersuchung vom _____ (Datum) Informe médico basado en el examen propio de _____ (fecha)
2.2	Ärztlicher Bericht beruht auf Befundbericht vom _____ (Datum) Informe médico basado en el dictamen médico de _____ (fecha)

**Vorgeschichte
Historial**

3

3.1	Medizinische Anamnese Historial clínico _____ _____ _____ _____
3.2	Derzeit vorrangige Beschwerden Principales dolencias que alega en la actualidad _____ _____ _____ _____
3.2.1	Behandelnder Arzt El paciente está siendo tratado por el médico _____
3.3	Derzeitige Behandlung Tratamiento actual _____ _____ _____



Versicherungsnummer / Número de seguro alemán

Kennzeichen / Referencia

3.4 Arbeits- und Sozialanamnese (1)
Antecedentes personales, familiares, sociales y carrera profesional (1)

3.4.1 Ist der Versicherte derzeit erwerbstätig?
¿Ejerce el asegurado en la actualidad una actividad remunerada?

ja / sí nein / no

Zahl der Arbeitsstunden / Número de horas de trabajo _____

Art der derzeitigen Erwerbstätigkeit / Tipo de actividad ejercida actualmente

3.4.2 Arbeitsunfälle / Berufskrankheiten
Accidentes de trabajo / enfermedades profesionales

3.4.3 Art der letzten Erwerbstätigkeit
Tipo de la última actividad ejercida

3.4.4 Arbeitsunfähig / Incapacidad laboral seit (Datum) / desde el (fecha) _____

Arbeitsaufgabe / Cese de la actividad am (Datum) / el (fecha) _____

4 **Befund**
Observaciones

4.1 Allgemeinzustand / Estado general

Größe / Talla _____ cm Gewicht / Peso _____ kg

Ernährungszustand / Estado de nutrición gut / bueno übergewichtig / exceso de peso untergewichtig / falta de peso

Schleimhäute / Membranas mucosas

Haut / Piel

Seelischer Zustand / Estado mental y emocional

Bemerkungen / Comentarios



4.2	Kopf Cabeza	
4.2.1	Sehvermögen Visión	
4.2.2	Hörvermögen Oído	
4.2.3	Sonstige Sinnesorgane Otros órganos sensoriales	
4.3	Hals (äußerlich) Cuello (observaciones externas)	
4.3.1	Schilddrüse Glándula tiroides	
4.3.2	Lymphknoten Ganglios linfáticos	
4.3.3	Sonstiges Otros	
4.4	Atmungsorgane Aparato respiratorio	
4.5	Kreislaufsystem Aparato circulatorio	
4.5.1	Herz Corazón	
4.5.2	Puls Pulso	
4.5.3	Blutdruck (in Ruhe) Tensión arterial (en reposo)	



4.5.4	Blutdruck (Kontrolle) Tensión arterial (segunda medición)
4.5.5	Peripheres Gefäßsystem Vasos periféricos
4.5.6	Ödeme Edema
4.5.7	Ruhe-EKG ECG (en reposo)
4.6	Abdomen Abdomen
4.6.1	Verdauungssystem und Bauchorgane Aparato digestivo y órganos intraabdominales
4.6.2	Leber Hígado
4.6.3	Milz Bazo
4.6.4	Endokrines System Sistema endocrino
4.7	Harn- und Geschlechtsorgane Aparato génito-urinario
4.8	Bewegungsapparat (gegebenenfalls nach der Neutral-O-Methode auf Seite 10 / 11) Aparato locomotor (en caso necesario, usar el método neutral O, página 10 / 11)
4.8.1	Wirbelsäule Columna vertebral



4.8.2 Obere Gliedmaßen
Extremidades superiores

4.8.3 Untere Gliedmaßen
Extremidades inferiores

4.9 Nachweis von Lymphknotenschwellungen
Presencia de ganglios linfáticos

4.10 Neurologischer Befund
Comprobaciones neurológicas

Bewegungen (Muskeltonus und - trophik)
Movimiento (potencia y tono)

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> unauffällig normal | <input type="checkbox"/> steif tieso | <input type="checkbox"/> verlangsamt lento | <input type="checkbox"/> kraftlos débil |
|---|--------------------------------------|--|---|

Gang
Marcha

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> unauffällig normal | <input type="checkbox"/> schwerfällig premiosa | <input type="checkbox"/> behindert rechts deficiencia derecha | <input type="checkbox"/> behindert links deficiencia izquierda |
|---|--|---|--|

Reflexe
Reflejos

4.11 Psychovegetative Symptomatik
Síntomas neurovegetativos



4.12	Sonstiges (Allergien usw.) Otros (alergias, etc.)
<hr/> <hr/> <hr/>	

5 Funktionsprüfungen und sonstige fachmedizinische Untersuchungen (soweit erforderlich)
Pruebas funcionales y otras pruebas de especialistas (en caso necesario)

5.1	Lungenfunktion Función pulmonar
<hr/> <hr/> <hr/>	
5.2	Herz-Kreislauf-Funktion / Belastungs-EKG Función cardíaca / ECG de esfuerzo
<hr/> <hr/> <hr/>	
5.3	Ultraschall-Dopplersonographie (Herz und Gefäße) Ecografía Doppler (corazón y vasos)
<hr/> <hr/> <hr/>	
5.4	Bildgebende Verfahren (mit Datumsangaben) Estudios por formación de imágenes (indicar fecha)
5.4.1	(Heutiger) Röntgenbefund Resultados del examen radiográfico por rayos x actual
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
5.4.2	Frühere Untersuchungsergebnisse bzw. Fremdbefunde Resultados de anteriores exámenes o exámenes realizados en otra parte
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	



5.4.3	Sonographie (u. a. Abdomen) Ecografía (abdomen y otros)
5.4.4	Kernspintomographie und sonstige fachspezifische Untersuchungen Imágenes por resonancia magnética (RMN) e investigaciones especiales
5.5	Laborbefunde Resultados de laboratorio
5.6	Sonstige Untersuchungen Otras pruebas



Versicherungsnummer / Número de seguro alemán

Kennzeichen / Referencia

Einlegeblatt für weitere fachmedizinische Untersuchungen (nur ausfüllen, falls sachdienlich)
Hoja complementaria reservada a las observaciones de otros especialistas (a completar únicamente en caso necesario)

6

--	--

7

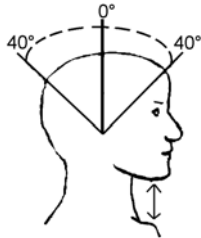
	Diagnose Diagnóstico <hr/> <hr/> <hr/>
	(ICD-Diagnoseschlüssel, Verwendung wird empfohlen) (Código CIE recomendado)



**Messblatt für den Bewegungsapparat nach der Neutral-O-Methode.
Hoja de medición correspondiente al aparato locomotor según el método neutral O.**

Einzutragen sind nur pathologische Befunde oder Normalbefunde, die ausdrücklich vermerkt werden sollen.
A registrar solamente hallazgos patológicos o aquellos normales que se deben indicar expresamente.

**Wirbelsäule
Columna vertebral**



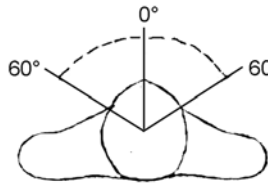
Streckung /
Beugung
Extensión /
Flexión

40° - 0° - 40°

_____ °

Kinn - Jugulum -
Abstand
Distancia mentón
fosa supraest

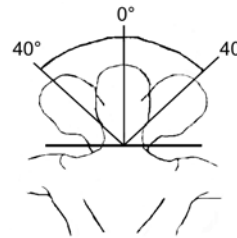
_____ cm



Rotation
rechts / links
Rotación
der. / izq.

60° - 0° - 60°

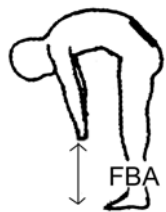
_____ °



Seitenneigung
rechts / links
Inclinación lateral
der. / izq.

40° - 0° - 40°

_____ °

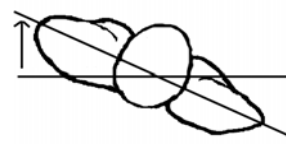


Schober
Prueba de movilidad
dorso lumbar

8 - 10 - 15 cm

-10- _____ cm

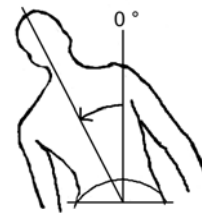
_____ cm



Rotation
rechts / links
Rotación
der. / izq.

50° - 0° - 50°

_____ °

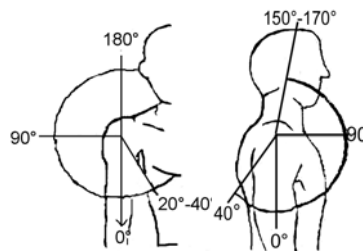


Seitenneigung
rechts / links
Inclinación lateral
der. / izq.

30° - 0° - 30°

_____ °

**Schultergelenk
Articulación escapulo humeral**



Ab- /
Adduktion
Abducción /
aducción

180° - 0° - 40°

R / D _____ °

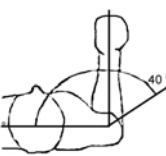
L / I _____ °

Rückwärts /
Vorwärts
Hacia atrás /
adelante

40° - 0° - 160°

R / D _____ °

L / I _____ °



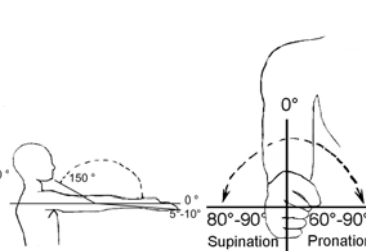
Rotation
ausw. / einw.
Rotación hacia
fuera / dentro

50° - 0° - 95°

R / D _____ °

L / I _____ °

**Ellbogengelenk
Articulación radiocubital**



Streckung /
Beugung
Extensión /
Flexión

10° - 0° - 150°

R / D _____ °

L / I _____ °

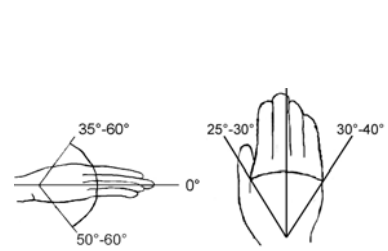
Supination /
Pronation
Suspensión /
Pronación

85° - 0° - 85°

R / D _____ °

L / I _____ °

**Handgelenk
Articulación radiocarpiana**



Streckung /
Beugung
Extensión /
Flexión

50° - 0° - 50°

R / D _____ °

L / I _____ °

Ab- /
Adduktion
Abducción /
aducción

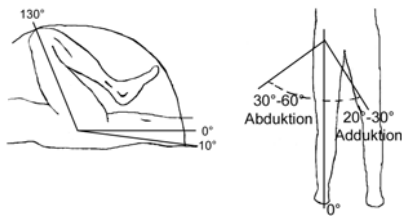
35° - 0° - 25°

R / D _____ °

L / I _____ °



Hüftgelenk
Articulación Coxofemoral



Extension / Flexion
Extensión / Flexión

10° - 0° - 130°

R / D _____ °

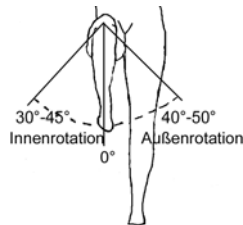
L / I _____ °

Ab- / Adduktion
Abducción / aducción

50° - 0° - 25°

R / D _____ °

L / I _____ °



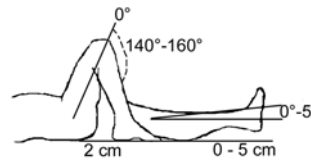
Außen- / Innenrotation
Rotación externa / interna

35° - 0° - 45°

R / D _____ °

L / I _____ °

Kniegelenk
Articulación de la rodilla



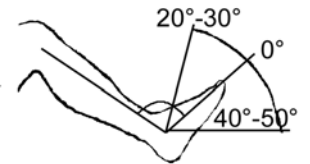
Streckung / Beugung
Extensión / Flexión

5° - 0° - 150°

R / D _____ °

L / I _____ °

Ob. Sprunggelenk
Articulación tibioperoneotarsiana



Streckung / Beugung
Extensión / Flexión

40° - 0° - 25°

R / D _____ °

L / I _____ °

Umfangmaße in cm
Medidas perimétricas
en cm:

R / D L / I

Oberarm
(15 cm ob. Epic. lat.)
Brazo
(15 cm epic. lat. sup.)



Ellenbogengelenk
Articulación radiocarpiana

Unterarm
(10 cm u. Epic. lat.)
Antebrazo
(10 cm epic. lat. inf.)

Handgelenk
Articulación radiocarpiana

Mittelhand
(ohne Daumen)
Metacarpo
(sin dedo pulgar)

Umfangmaße in cm
Medidas perimétricas
en cm:

R / D L / I

Oberschenkel: 20 cm
ob. inn. Knie - Gelenkspalt
Muslo: 20 cm encima de
la línea articular interior



Kniescheibenmitte
Centro de la rótula

Unterschenkel: 15 cm
unterh. inn. Gelenkspalt
Pierna: 15 cm debajo de
la línea articular interior

Unterschenkel,
kleinster Umfang
Pierna:
perímetro mínimo

Knöchel
Tobillo



8

<p>Zusammenfassende Beurteilung Resumen</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Krankheitsverlauf Evolución de la enfermedad</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Gesundheitsschäden Perjuicio para la salud</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Funktionseinschränkungen Déficits funcionales</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Im Vergleich zur Voruntersuchung vom _____ (Datum) En comparación con el reconocimiento anterior del (fecha) _____ hat sich der Zustand el estado de salud</p> <p><input type="checkbox"/> gebessert. ha mejorado. <input type="checkbox"/> verschlechtert. ha empeorado. <input type="checkbox"/> nicht geändert. persiste sin cambios.</p>

9

<p>Der / die Versicherte kann die folgenden Arten von Arbeiten noch regelmäßig verrichten: El / la asegurado/a sigue siendo capaz de realizar de forma regular un trabajo:</p> <p><input type="checkbox"/> schwere pesado <input type="checkbox"/> mittelschwere medio <input type="checkbox"/> leichte ligero</p>
--

**Folgende Einsatzbeschränkungen sind zu berücksichtigen:
Deberán tenerse en cuenta las siguientes restricciones:**

10.1	<p>Verrichtet werden dürfen Tätigkeiten nur ohne: Se deberán de evitar trabajos:</p> <p><input type="checkbox"/> Nässe en lugar húmedo <input type="checkbox"/> Kälte en lugar frío</p> <p><input type="checkbox"/> Hitze en lugar de alta temperatura <input type="checkbox"/> Lärm en lugar ruidoso</p> <p><input type="checkbox"/> Rauch, Gase, Dämpfe en lugar con humo, gases, vapores</p>
------	---



	<input type="checkbox"/> Wechselschicht por turnos <input type="checkbox"/> Häufiges Bücken, Heben, Tragen von Lasten en tareas que obligan frecuentemente al asegurado a encorvarse, elevar o transportar objetos <input type="checkbox"/> Klettern oder Steigen que requieran el uso de rampas, escaleras, escalerillas		<input type="checkbox"/> Nachtschicht en turno de noche <input type="checkbox"/> Absturzgefahr con peligro de caída
10.2	Tätigkeiten dürfen nur mit folgenden Bedingungen verrichtet werden: La actividad deberá desarrollarse únicamente:		
	<input type="checkbox"/> im Sitzen sentado <input type="checkbox"/> in geschlossenen Räumen en sitios cerrados <input type="checkbox"/> mit wechselnder Körperhaltung con una postura corporal variada <input type="checkbox"/> ohne besonderen Zeitdruck sin presión especial por límites de tiempo		<input type="checkbox"/> mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen con pausas adicionales (además de las habituales de la empresa) Anzahl und Länge der betriebsunüblichen Pausen: número y duración de las pausas adicionales: _____ <input type="checkbox"/> abwechselnd im Gehen, Stehen, Sitzen un trabajo que alterne la necesidad de andar, estar de pie y estar sentado
10.3	Die Arbeitsleistung ist herabgesetzt, weil der / die Versicherte in der Gebrauchsfähigkeit seiner / ihrer Sinnesorgane, Hände usw. eingeschränkt ist El rendimiento en el trabajo se ve reducido porque el asegurado tiene un uso restringido de sus órganos sensoriales, manos, etc.		
	allergisch ist gegen _____ es alérgico a _____		

Ergänzende Fragen

11 Preguntas complementarias

11.1	Kann der / die Versicherte Bildschirmarbeit verrichten? ¿Puede el / la asegurado/a realizar un trabajo en pantalla?	<input type="checkbox"/> ja sí	<input type="checkbox"/> nein no
	Falls nein, Angabe der Gründe: En caso negativo, especificar la causa: _____		
11.2	Kann der / die Versicherte Arbeit am Arbeitsplatz ohne Hilfe einer anderen Person verrichten? ¿Puede el / la asegurado/a trabajar sin la ayuda de otra persona en el lugar de trabajo?	<input type="checkbox"/> ja sí	<input type="checkbox"/> nein no
	Falls nein, Angabe der Gründe: En caso negativo, especificar la causa: _____		
11.3	Kann der / die Versicherte Arbeit zu Hause ohne Hilfe einer anderen Person verrichten? ¿Puede el / la asegurado/a trabajar a domicilio sin la ayuda de otra persona?	<input type="checkbox"/> ja sí	<input type="checkbox"/> nein no
	Falls nein, Angabe der Gründe: En caso negativo, especificar la causa: _____		
11.4	Kann der / die Versicherte seine / ihre letzte Tätigkeit als _____ vollschichtig verrichten? ¿Puede el / la asegurado/a trabajar a tiempo completo en su último puesto de _____ ?		
		<input type="checkbox"/> ja sí	<input type="checkbox"/> nein no
	Falls nein, Angabe der höchstzulässigen Arbeitszeit (in Stunden oder als Prozentsatz eines Arbeitstages): En caso negativo, especifíquese el tiempo máximo de trabajo (en horas o porcentajes de día laboral): _____		



11.5	Kann angepasste Arbeit verrichtet werden? ¿Puede él / la asegurado/a realizar un trabajo adaptado?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> no
Falls ja, Angabe von angepassten Tätigkeiten als Beispiel: En caso afirmativo, citar algunos ejemplos de trabajo adaptado:			
11.6	Kann angepasste Arbeit vollschichtig verrichtet werden? ¿Puede él / la asegurado/a realizar un trabajo adaptado a tiempo completo?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> no
Falls nein, Angabe der höchstzulässigen Arbeitszeit (in Stunden oder als Prozentsatz eines Arbeitstages): En caso negativo, especifíquese el tiempo máximo de trabajo (en horas o porcentajes de día laboral):			
11.7	Die festgestellten Einsatzbeschränkungen bestehen Las restricciones establecidas		
<input type="checkbox"/> auf Dauer seit _____ han sido permanentes desde _____			
<input type="checkbox"/> auf Zeit von _____ bis _____ son temporales, del _____ al _____			
11.8	Kann eine Verbesserung des derzeitigen Gesundheitszustandes erzielt werden? ¿Es posible mejorar el estado de salud actual?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> keine Antwort möglich no es posible contestar			
Falls ja, durch welche Maßnahmen? En caso afirmativo, indíquense las medidas:			
11.9	Kann eine Besserung der Leistungsfähigkeit bewirkt werden durch: ¿Puede mejorarse la capacidad de trabajo mediante:		
<input type="checkbox"/> medizinische Rehabilitation formación sanitaria			
<input type="checkbox"/> berufliche Rehabilitation formación profesional			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> sí			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> no			
<input type="checkbox"/> keine Antwort möglich no es posible contestar			

12

	Ist eine Nachuntersuchung erforderlich? ¿Será necesario realizar un nuevo reconocimiento?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> no
Falls ja, wann? En caso afirmativo, indíquese la fecha:			
	Unterschrift des Arztes Firma del médico	Datum, Stempel Fecha, sello	

Hinweis / Nota

(1)	Nach Möglichkeit sind alle Berufe anzugeben, die der Versicherte ausgeübt hat. Diese Angaben beruhen auf der Erklärung des Betroffenen. En la medida de lo posible se deben indicar todas las profesiones ejercidas por el asegurado. La información se basa en la declaración del interesado.
-----	---

