

**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 Institución 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 Institución 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) _____
	Geburtsort Lugar de nacimiento _____
1.3.3	Geburtsdatum Fecha de nacimiento _____ Geschlecht Sexo <input type="checkbox"/> weiblich femenino <input type="checkbox"/> männlich masculino
	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) _____



Versicherungsnummer

Kennzeichen

1.3.6 Rentenantrag gestellt am:
Fecha de presentacion de la solicitud de la prestacion: _____

1.3.7 Neuantrag wegen Verschlimmerung gestellt am:
Fecha de presentacion de la solicitud de revision por agravacion: _____

**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

Kennzeichen

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 gut
Estado de nutrición 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
<hr/>	
4.2.1	Sehvermögen Visión
<hr/>	
4.2.2	Hörvermögen Oído
<hr/>	
4.2.3	Sonstige Sinnesorgane Otros órganos sensoriales
<hr/>	
<hr/>	
4.3	Hals (äußerlich) Cuello (observaciones externas)
<hr/>	
4.3.1	Schilddrüse Glándula tiroides
<hr/>	
4.3.2	Lymphknoten Ganglios linfáticos
<hr/>	
4.3.3	Sonstiges Otros
<hr/>	
<hr/>	
4.4	Atmungsorgane Aparato respiratorio
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
4.5	Kreislaufsystem Aparato circulatorio
<hr/>	
4.5.1	Herz Corazón
<hr/>	
4.5.2	Puls Pulso
<hr/>	



4.5.3	Blutdruck (in Ruhe) Tension 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)					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> unauffällig normal</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> steif tieso</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> verlangsamt lento</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> kraftlos débil</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> unauffällig normal	<input type="checkbox"/> steif tieso	<input type="checkbox"/> verlangsamt lento	<input type="checkbox"/> kraftlos débil
<input type="checkbox"/> unauffällig normal	<input type="checkbox"/> steif tieso	<input type="checkbox"/> verlangsamt lento	<input type="checkbox"/> kraftlos débil		
Gang Marcha					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> unauffällig normal</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> schwerfällig premiosa</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> behindert rechts deficiencia derecha</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> behindert links deficiencia izquierda</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> unauffällig normal	<input type="checkbox"/> schwerfällig premiosa	<input type="checkbox"/> behindert rechts deficiencia derecha	<input type="checkbox"/> behindert links deficiencia izquierda
<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				



Versicherungsnummer	Kennzeichen
---------------------	-------------

4.12	Sonstiges (Allergien usw.) Otros (alergias, etc.)

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

5.1	Lungenfunktion Función pulmonar
5.2	Herz-Kreislauf-Funktion / Belastungs-EKG Función cardíaca / ECG de esfuerzo
5.3	Ultraschall-Dopplersonographie (Herz und Gefäße) Ecografía Doppler (corazón y vasos)
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
5.4.2	Frühere Untersuchungsergebnisse bzw. Fremdbefunde Resultados de anteriores exámenes o exámenes realizados en otra parte



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



Versicherungsnummer	Kennzeichen
---------------------	-------------

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

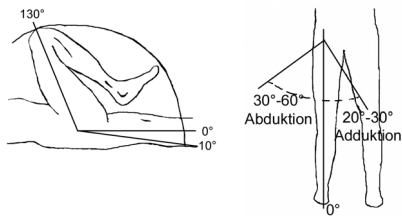
--	--

7

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



Hüftgelenk
Articulación Coxofemoral



Extension /
Flexion
Extensión /
Flexión

10° - 0° - 130°

R / D _____ °

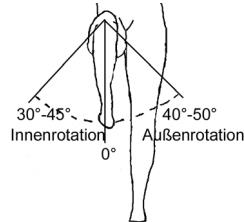
L / I _____ °

Ab- /
Adduktion
Abducción /
aducción

50° - 0° - 25°

R / D _____ °

L / I _____ °



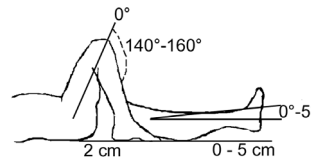
Außen- /
Innenrotation
Rotación
externa / interna

35° - 0° - 45°

R / D _____ °

L / I _____ °

Kniegelenk
Articulación de la rodilla



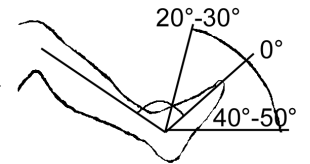
Streckung /
Beugung
Extensión /
Flexión

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

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

9

	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:
	<input type="checkbox"/> schwere pesado <input type="checkbox"/> mittelschwere medio <input type="checkbox"/> leichte ligero

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

10

10.1	Verrichtet werden dürfen Tätigkeiten nur ohne: Se deberán de evitar trabajos:		
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Nässe en lugar húmedo <input type="checkbox"/> Hitze en lugar de alta temperatura <input type="checkbox"/> Rauch, Gase, Dämpfe en lugar con humo, gases, vapores <input type="checkbox"/> Wechselschicht por turnos </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Kälte en lugar frío <input type="checkbox"/> Lärm en lugar ruidoso <input type="checkbox"/> Nachtschicht en turno de noche </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Nässe en lugar húmedo <input type="checkbox"/> Hitze en lugar de alta temperatura <input type="checkbox"/> Rauch, Gase, Dämpfe en lugar con humo, gases, vapores <input type="checkbox"/> Wechselschicht por turnos	<input type="checkbox"/> Kälte en lugar frío <input type="checkbox"/> Lärm en lugar ruidoso <input type="checkbox"/> Nachtschicht en turno de noche
<input type="checkbox"/> Nässe en lugar húmedo <input type="checkbox"/> Hitze en lugar de alta temperatura <input type="checkbox"/> Rauch, Gase, Dämpfe en lugar con humo, gases, vapores <input type="checkbox"/> Wechselschicht por turnos	<input type="checkbox"/> Kälte en lugar frío <input type="checkbox"/> Lärm en lugar ruidoso <input type="checkbox"/> Nachtschicht en turno de noche		



10.2	<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"/> Absturzgefahr con peligro de caída
	<input type="checkbox"/> Klettern oder Steigen que requieran el uso de rampas, escaleras, escalerillas	
10.3	Tätigkeiten dürfen nur mit folgenden Bedingungen verrichtet werden: La actividad deberá desarrollarse únicamente:	
	<input type="checkbox"/> im Sitzen sentado	<input type="checkbox"/> mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen con pausas adicionales (además de las habituales de la empresa)
	<input type="checkbox"/> in geschlossenen Räumen en sitios cerrados	Anzahl und Länge der betriebsunüblichen Pausen: número y duración de las pausas adicionales: _____
	<input type="checkbox"/> mit wechselnder Körperhaltung con una postura corporal variada	<input type="checkbox"/> abwechselnd im Gehen, Stehen, Sitzen un trabajo que alterne la necesidad de andar, estar de pie y estar sentado
	<input type="checkbox"/> ohne besonderen Zeitdruck sin presión especial por límites de tiempo	
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 _____		

11 Ergänzende Fragen
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): _____			



