

**Abkommen zwischen der Bundesrepublik
Deutschland und der Republik Indien über
Soziale Sicherheit**

**Agreement between the Federal
Republic of Germany and the
Republic of India on Social Security**

AUSFÜHRLICHER ÄRZTLICHER BERICHT

DETAILED MEDICAL REPORT

Deutsche Versicherungsnummer		German Insurance Number
Kennzeichen		Reference
Indische Sozialversicherungsnummer		Indian Employees' Provident Fund Number

**1.1 Träger, für den der Bericht bestimmt ist
Institution to which the report is addressed**

Employees' Provident Fund Organization (EPFO) - 14, Bikaji Cama Place - NEW DELHI 110066 - INDIA

**1.2 Träger, der die Untersuchung veranlasst hat
Institution which requested the examination**

<input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Nord - 22037 Hamburg - 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 _____
	Geschlecht Sex <input type="checkbox"/> weiblich female <input type="checkbox"/> männlich male
	Staatsangehörigkeit Nationality _____
1.3.4	Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat) Address (postal code, town, street, number, country) _____
1.3.5	Zuletzt ausgeübter Beruf (1) Last occupation (1) _____



Deutsche Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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
Doctor who drew up the report**

1.4.1	Nachname Surname _____ Vorname First name _____
1.4.2	Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat) Address (postal code, town, street, number, country) _____ _____
1.4.3	Vertrauensarzt des / der Examining doctor of _____

2

2.1	Ärztlicher Bericht beruht auf eigener Untersuchung vom _____ (Datum) Medical report is based on own examination of _____ (date)
2.2	Ärztlicher Bericht beruht auf Befundbericht vom _____ (Datum) Medical report is based on report of the findings of _____ (date)

**3 Vorgeschichte
Patient's history**

3.1	Medizinische Anamnese Medical history _____ _____ _____
3.2	Derzeit vorrangige Beschwerden Current main medical conditions _____ _____ _____
3.2.1	Behandelnder Arzt Doctor in attendance _____ _____



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

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"/> ja yes	<input type="checkbox"/> nein no
	Art der derzeitigen Erwerbstätigkeit Type of actual employment	Zahl der Arbeitsstunden Number of working hours _____
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	<input type="checkbox"/> seit (Datum) on (Date) _____
	Arbeitsaufgabe Cessation of work	<input type="checkbox"/> seit (Datum) on (Date) _____

4 Befund Findings

4.1	Allgemeinzustand General condition	
	Größe Height _____ cm	Gewicht Weight _____ kg
	Ernährungszustand Nutritional condition	<input type="checkbox"/> gut good
		<input type="checkbox"/> übergewichtig overweight
		<input type="checkbox"/> untergewichtig underweight
	Schleimhäute Mucous membranes	



	Haut Skin
	Seelischer Zustand Mental status, mood
	Bemerkungen Remarks
4.2	Kopf Head
4.2.1	Sehvermögen Vision
4.2.2	Hörvermögen Hearing
4.2.3	Sonstige Sinnesorgane Other sensory organs
4.3	Hals (äußerlich) Neck (external findings)
4.3.1	Schilddrüse Review of thyroid gland
4.3.2	Lymphknoten Lymphatic nodes
4.3.3	Sonstiges Others



4.4	Atmungsorgane Respiratory organs
<hr/>	
<hr/>	
4.5	Kreislaufsystem Circulatory system
<hr/>	
4.5.1	Herz Heart
<hr/>	
4.5.2	Puls Pulse
<hr/>	
4.5.3	Blutdruck (in Ruhe) Blood pressure (at rest)
<hr/>	
4.5.4	Blutdruck (Kontrolle) Blood pressure (second measurement)
<hr/>	
4.5.5	Peripheres Gefäßsystem Peripheral blood vessels
<hr/>	
4.5.6	Ödeme Oedema
<hr/>	
4.5.7	Ruhe-EKG ECG (at rest)
<hr/>	
4.6	Abdomen Abdomen
<hr/>	
4.6.1	Verdauungssystem und Bauchorgane Digestive system and intra- abdominal organs
<hr/>	
4.6.2	Leber Liver
<hr/>	
4.6.3	Milz Spleen
<hr/>	



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

4.6.4	Endokrines System Endocrine system	<hr/> <hr/>
4.7	Harn- und Geschlechtsorgane Genito-urinary system	<hr/> <hr/> <hr/>
4.8	Bewegungsapparat (gegebenenfalls nach der Neutral-O-Methode auf Seite 9) Locomotor system (if necessary use Neutral-O method, page 9)	
4.8.1	Wirbelsäule Spine	<hr/> <hr/> <hr/>
4.8.2	Obere Gliedmaßen Upper limbs	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
4.8.3	Untere Gliedmaßen Lower limbs	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
4.9	Nachweis von Lymphknotenschwellungen Presence of lymphatic node swellings	<hr/> <hr/> <hr/>



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

4.10	Neurologischer Befund Neurological findings		
<hr/>			
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
<hr/>			
Reflexe Reflexes			
<hr/>			
4.11	Psychovegetative Symptomatik Psychovegetative symptoms		
<hr/>			
<hr/>			
4.12	Sonstiges (Allergien usw.) Other (allergies etc.)		
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			

5 Funktionsprüfungen und sonstige fachmedizinische Untersuchungen (soweit erforderlich)
Function and other specialist tests (when necessary)

5.1	Lungenfunktion Lung function
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

5.2	Herz-Kreislauf-Funktion / Belastungs-EKG Cardiac function / exercise ECG	<hr/> <hr/> <hr/>
5.3	Ultraschall-Dopplersonographie (Herz und Gefäße) Doppler ultrasonography (heart and vessels)	<hr/> <hr/> <hr/>
5.4	Bildgebende Verfahren (mit Datumsangaben) Imaging procedures (please specify date)	<hr/>
5.4.1	(Heutiger) Röntgenbefund Findings in today's X-rays examination	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
5.4.2	Frühere Untersuchungsergebnisse bzw. Fremdbefunde Earlier findings / X-ray examinations performed elsewhere	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
5.4.3	Sonographie (u. a. Abdomen) Ultrasonography (abdomen etc.)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Deutsche Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--

5.4.4	Kernspintomographie und sonstige fachspezifische Untersuchungen MRI and other special investigations	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
5.5	Laborbefunde Laboratory results	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
5.6	Sonstige Untersuchungen Other tests	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

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



Deutsche Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

7

		Diagnose Diagnosis <hr/> <hr/> <hr/>			
		(ICD-Diagnoseschlüssel, Verwendung wird empfohlen) (ICD code, use is recommended)			



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

**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.

**Wirbelsäule
Spine**

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

Kinn-Jugulum
Abstand
Chin-sternum
distance
_____ cm

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
FBA
-10- _____ cm
_____ cm

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

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

**Schultergelenk
Shoulder joint**

180°
90°
20°-40°
0°
150°-170°
90°
40°
0°

Ab- /
Adduktion
Abduction /
Adduction

180° - 0° - 40°

R _____ °

L _____ °

Rückwärts /
Vorwärts
Backwards /
Forwards

40° - 0° - 160°

R _____ °

L _____ °

Rotation
ausw. / einw.
Rotation
ext. / int.

60° - 0° - 95°

R _____ °

L _____ °

**Ellbogengelenk
Elbow joint**

40° - 60°
95°
150°
5°-10°
0°
80°-90°
60°-90°
Supination
Pronation

Streckung /
Beugung
Extension /
Flexion

10° - 0° - 150°

R _____ °

L _____ °

Supi- /
Pronation
Supination /
Pronation

85° - 0° - 85°

R _____ °

L _____ °

**Handgelenk
Wrist joint**

35°-60°
50°-60°
0°
25°-30°
30°-40°

Streckung /
Beugung
Extension /
Flexion

50° - 0° - 50°

R _____ °

L _____ °

Ab- /
Adduktion
Abduction /
Adduction

35° - 0° - 25°

R _____ °

L _____ °



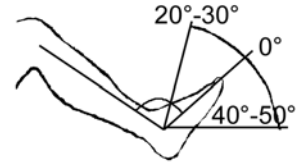
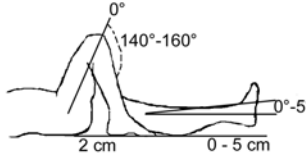
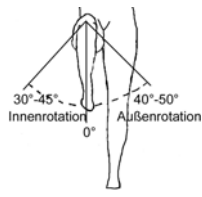
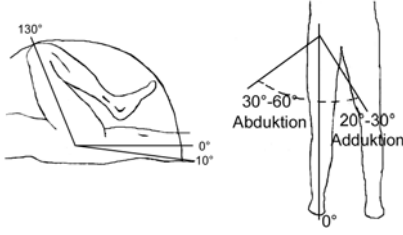
Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Hüftgelenk
Hip joint

Kniegelenk
Knee joint

Ob. Sprunggelenk
Talocrural joint



Streckung /
Beugung
Extension /
Flexion

Ab- /
Adduktion
Abduction /
Adduction

Außen- /
Innenrotation
Ext. / Int. rot.

Streckung /
Beugung
Extension /
Flexion

Streckung /
Beugung
Extension /
Flexion

10° - 0° - 130°

50° - 0° - 25°

35° - 0° - 45°

5° - 0° - 150°

40° - 0° - 25°

R _____ °

R _____ °

R _____ °

R _____ °

R _____ °

L _____ °

L _____ °

L _____ °

L _____ °

L _____ °

Umfangmaße in cm
Circumference in cm:

R **L**

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)

Umfangmaße in cm
Circumference in cm:

R **L**

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



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

8

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

9

<p>Die versicherte Person kann die folgenden Arten von Arbeiten noch regelmäßig verrichten: The insured person is still capable of regularly performing the following types of work:</p> <p><input type="checkbox"/> schwere heavy</p> <p><input type="checkbox"/> mittelschwere average</p> <p><input type="checkbox"/> leichte light</p>
--



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

**Folgende Einsatzbeschränkungen sind zu berücksichtigen:
The following restrictions should be taken into account:**

10

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 Anzahl und Länge der betriebsunüblichen Pausen In addition to the usual breaks: number and length of breaks</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> in geschlossenen Räumen only indoors</td> <td></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 Anzahl und Länge der betriebsunüblichen Pausen In addition to the usual breaks: number and length of breaks	<input type="checkbox"/> in geschlossenen Räumen only indoors		<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 Anzahl und Länge der betriebsunüblichen Pausen In addition to the usual breaks: number and length of breaks												
<input type="checkbox"/> in geschlossenen Räumen only indoors													
<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 die versicherte Person in der Gebrauchsfähigkeit ihrer Sinnesorgane, Hände usw. eingeschränkt ist The work performance is reduced because the insured person is restricted in using their sensory organs, hands, etc.</p> <hr/> <p>allergisch ist gegen is allergic to</p>												

**Ergänzende Fragen
Additional questions**

11

11.1	<p>Kann die versicherte Person Bildschirmarbeit verrichten? Can the insured person do video-screen work?</p> <p><input type="checkbox"/> ja yes</p> <p><input type="checkbox"/> nein no</p> <p>Falls nein, Angabe der Gründe: If "no", please specify the reasons:</p> <hr/>
11.2	<p>Kann die versicherte Person Arbeit am Arbeitsplatz ohne Hilfe einer anderen Person verrichten? Can the insured person work without the support of another person in the workplace?</p> <p><input type="checkbox"/> ja yes</p> <p><input type="checkbox"/> nein no</p> <p>Falls nein, Angabe der Gründe: If "no", please specify the reasons:</p> <hr/>



11.3	<p>Kann die versicherte Person 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"/> ja <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> no
11.4	<p>Kann die versicherte Person ihre letzte Tätigkeit als _____ vollschichtig verrichten? Can the insured person work full time in their last occupation as _____ ? 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>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> no
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"/> ja <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> no
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"/> ja <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> no
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? Falls ja, durch welche Maßnahmen? If "yes", indicate the measures</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> no
11.9	<p>Kann eine Besserung der Leistungsfähigkeit bewirkt werden durch: Is it possible to ameliorate the ability to work through:</p> <p><input type="checkbox"/> medizinische Rehabilitation medical rehabilitation</p> <p><input type="checkbox"/> berufliche Rehabilitation vocational rehabilitation</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> no



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

12

<p>Ist eine Nachuntersuchung erforderlich? Is re-examination necessary in the future?</p> <p>Falls ja, wann? If "yes", please state when</p> <p><input type="checkbox"/> ja yes</p> <p><input type="checkbox"/> nein no</p>	
<p>Unterschrift des Arztes Doctor's signature</p>	<p>Datum, Stempel Date, Stamp</p>

Hinweis
Note

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

