

**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: .....
	Identifizierungsnummer (5): .....
1.2.4	Anschrift (2): .....
1.2.5	Zuletzt ausgeübter Beruf (6): .....
1.2.6	Versicherungsnummer: .....
1.2.7	Rentennummer: .....
1.2.8	Aktenzeichen: .....
1.2.9	Renantrag gestellt am: .....
1.2.10	Neuantrag wegen Verschlimmerung gestellt am: .....

1.3	Ärztlicher Bericht, angefertigt von Dr. med.
1.3.1	Name: .....
	Vornamen: .....
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 vorrangige Beschwerden: .....
- 3.2.1 Behandelnder Arzt: .....
- 3.3 Derzeitige Behandlung: .....
- 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 Erwerbsunfähig                     seit .....
- Beendigung der Erwerbstätigkeit                     am .....

4. Befund

- 4.1 Allgemeinzustand  
Größe: ..... cm                    Gewicht: ..... kg  
Ernährungszustand:     gut                     übergewichtig                     untergewichtig  
Schleimhäute: .....
- Haut: .....
- Seelischer Zustand: .....
- Bemerkungen: .....
- 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 Kreislaufsystem: .....
- 4.5.1 Herz: .....
- 4.5.2 Puls: .....
- 4.5.3 Blutdruck (in Ruhe): .....
- 4.5.4 Blutdruck (Kontrolle): .....
- 4.5.5 Peripheres Gefäßsystem: .....
- 4.5.6 Ödeme: .....
- 4.5.7 Ruhe-EKG: .....

Name, Vornamen: ..... Datum: .....

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: .....				
	[Siehe Seite 4 — Abbildungen]				
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	Neurologischer Befund				
	Bewegungen (Kraft und Tonus) (8):				
	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> steif	<input type="checkbox"/> verlangsamt	<input type="checkbox"/> schwach	
	Gang:				
	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> schwerfällig	<input type="checkbox"/> behindert rechts	<input type="checkbox"/> behindert links	
	Reflexe: .....				
4.11	Psychovegetative Symptomatik .....				
4.12	Sonstige (Allergien usw.).....				

<b>5.</b>	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: .....				

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

7. Diagnose:

(ICD-Diagnoseschlüssel, Verwendung wird empfohlen)


ABBILDUNGEN



Name, Vornamen: ..... Datum: .....

11.4 Kann der Versicherte seine Tätigkeit als ... in Vollzeit ausüben? .....  
 Ja  Nein  
 Falls nein, Angabe der höchstzulässigen Arbeitszeit (in Stunden oder als Prozentsatz eines Arbeitstages) .....

11.5 Kann eine angepasste Arbeit verrichtet werden?  
 Ja  Nein  
 Falls „Ja“, Angabe von angepassten Tätigkeiten als Beispiel .....

11.6 Kann angepasste Arbeit in Vollzeit 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, die Niederlande und Polen)

11.8 Grad der Leistungsminderung für jede sonstige den Fähigkeiten des Betreffenden entsprechende Tätigkeit nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes: .....  
 (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: .....  
 auf Dauer seit .....  
 auf Zeit von ..... bis .....

11.11 Kann eine Verbesserung des derzeitigen Gesundheitszustandes erzielt werden?  
 Ja  Nein  Keine Antwort möglich  
 Falls „Ja“, durch welche Maßnahmen? .....

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? .....  
 Stempel Datum:  
 Unterschrift des Arztes:  
 .....

## 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, MT = 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.I. (Documento Nacional de Identidad) vermerkte Nummer und bei Ausländern deren Identifizierungsnummer N.I.E. (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 (EMŠO); 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 ANGABEN FÜR NIEDERLÄNDISCHE TRÄGER**

Fragen	Antworten				
	Nein	Ausnahmsweise	Gelegentlich	Regelmäßig	Uneingeschränkt
Kann der Versicherte					
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. max. .... kg heben und tragen					
12. in einer Umgebung arbeiten					
mit plötzlichen Temperaturschwankungen					
mit hoher relativer Feuchtigkeit (> 90%)					
mit niedriger relativer Feuchtigkeit (< 35%)					
mit starker Zugluft					
13. intensive Kontakte (der Haut) mit Feststoffen und Flüssigkeiten ertragen					
14. Vibrationen ertragen					
15. Schutzkleidung tragen					
16. ein vorgegebenes Arbeitstempo durchhalten					
17. erzwungene Untätigkeit ertragen					
18. mit widersprüchlichen aufgabenbezogenen Anforderungen umgehen					
19. mit Konfliktsituationen umgehen					
20. monotone Arbeiten verrichten					
21. repetitive Arbeit (am Fließband) verrichten					
22. Verantwortung tragen					
23. allein arbeiten					
24. mit anderen zusammenarbeiten					



ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR DIE TRÄGER DES VEREINIGTEN KÖNIGREICHS

**A. Auf jeden Fall auszufüllen**

1. Name und Anschrift des Arztes der unter 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 eines der Kästchen unter 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 Neuroleptika bzw. anderen Psychopharmaka, die oral oder als Depotinjektion verabreicht werden?

- Ja  Nein

5. Bedarf die Person wegen 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 Schweregrads des geistigen oder seelischen Leidens hilfreich sein können, selbst wenn keines der Kästchen unter 2 angekreuzt wurde:

.....  
.....  
.....



**ERGÄNZENDE ANGABEN 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 und 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 4.1 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

2. Bei welchen Tätigkeiten benötigt die Person Hilfe?

.....  
.....

3. Benötigt die Person therapeutisches Gerät?

- Ja  Nein

Wenn ja, welches?

.....  
.....