

TDR

$$\begin{array}{|c|} \hline \square \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|} \hline \square \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|} \hline \square \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|} \hline \square \\ \hline \end{array}$$

Privacy and your personal information

Datenschutz und Ihre personenbezogenen Informationen

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We need to collect this information so we can process and manage your applications and payments, and provide services to you. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to servicesaustralia.gov.au/privacy. Der Schutz und die Sicherheit Ihrer persönlichen Daten sind uns wichtig und auch gesetzlich geschützt. Wir müssen diese Informationen zwecks Antrags- und Zahlungsbearbeitung sowie Bereitstellung von Dienstleistungen an Sie sammeln. Wir geben Ihre Informationen nur dann an andere Parteien weiter, wenn Sie zugestimmt haben oder wenn das Gesetz es erlaubt oder erfordert. Weitere Informationen finden Sie unter servicesaustralia.gov.au/privacy.

Authority to release information Bevollmächtigung zur Freigabe von Informationen

- I authorise Services Australia and/or the medical assessor to obtain any medical information necessary to decide my qualification for pension – from my doctor(s), other health professionals and public or private health facilities I have visited.
- I authorise Services Australia and/or the medical assessor to obtain any information necessary to decide my qualification for pension from any public or private education facilities I have attended or am currently attending.
- I consent to the release by Services Australia of relevant information in this report to service providers to whom I may be referred by Services Australia.
- I consent to any decision of Services Australia to refer me for any further required assessment, upon the recommendation of the medical assessor.
- Ich erteile Services Australia und/oder dem ärztlichen Gutachter die Erlaubnis, von meinem Arzt/ meinen Ärzten bzw. anderen qualifizierten Fachkräften im Gesundheitswesen oder öffentlichen oder privaten Gesundheitseinrichtungen, die ich konsultiert habe, alle für die Feststellung meines Rentenanspruchs erforderlichen medizinischen Informationen einzuholen.
- Ich erteile Services Australia und/oder dem ärztlichen Gutachter die Erlaubnis, von allen öffentlichen oder privaten Bildungseinrichtungen, die ich besucht habe oder derzeit besuche, alle für die Feststellung meines Rentenanspruchs erforderlichen Informationen einzuholen.
- Ich erteile Services Australia meine Einwilligung zur Freigabe relevanter Informationen aus diesem Bericht an Leistungserbringer, an die ich von Services Australia verwiesen werde.
- Ich erteile Services Australia meine Zustimmung zu jeglicher Entscheidung, mich – falls erforderlich und je nach Empfehlung des ärztlichen Gutachters – zur weiteren Beurteilung zu überweisen.

Patients signature
Unterschrift des Patienten



Date
Datum

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

About this report

This report will be used to assist in determining if your patient is medically eligible for an Australian Disability Support Pension.

Payment for your report

We have asked your patient to let you know at the time of making their appointment that they require you to complete this form. This is to ensure you have sufficient time for the examination. Your patient has been informed that they are responsible for any costs in obtaining this report.

Completing this report

In this report you will be asked to provide clinical details of the patient's medical conditions. Please complete all the required parts of the form.

Your patient's impairment is to be assessed when they are using or wearing any aids, equipment or assistive technology that they have and usually use (e.g. hearing aids, spectacles, contact lenses or prostheses).

Returning the report to us

Please return this report and any attachments as soon as possible directly to us, or if you prefer, you can give the report and any attachments to your patient to return to us.

About the information that you give us

Confidentiality of Information

The personal information that is provided to you for the purpose of this report must be kept confidential under section 202 of the *Social Security (Administration) Act 1999*. It cannot be disclosed to anyone else unless authorised by law.

There are penalties for offences against section 202 of the *Social Security (Administration) Act 1999*.

Release of information

The *Freedom of Information Act 1982* allows for the disclosure of medical or psychiatric information directly to the individual concerned. If there is any information which, if released to your patient, may harm his or her physical or mental well-being, Services Australia can contact you. Please indicate at PART i if you wish Services Australia to contact you. Similarly please specify any other special circumstances which should be taken into account.

Privacy and your personal information

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We collect this information to provide payments and services. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to servicessaustralia.gov.au/privacy

Anweisungen an den Arzt

Hinweise zu diesem Bericht

Dieser Bericht dient als Grundlage zur Abklärung der Frage, ob Ihr Patient aus gesundheitlichen Gründen Anspruch auf eine australische Erwerbsunfähigkeitsrente hat.

Honorar für die Erstellung dieses Berichts

Wir haben Ihren Patienten gebeten, Ihnen bereits bei der Terminvereinbarung mitzuteilen, dass dieses Formular von Ihnen ausgefüllt werden muss. Dadurch soll gewährleistet werden, dass Ihnen für die Untersuchung genügend Zeit zur Verfügung steht. Ihr Patient wurde davon in Kenntnis gesetzt, dass alle Kosten im Zusammenhang mit der Erstellung des Berichtes vom Patienten selbst zu tragen sind.

Ausfüllen des Berichts

Wir bitten Sie, in diesem Bericht klinische Fakten über die medizinischen Zustände des Patienten festzuhalten. Bitte füllen Sie alle erforderlichen Teile des Formulars aus.

Eine Bewertung der Beeinträchtigung Ihres Patienten ist vorzunehmen, wenn er/sie über Hilfen, Geräte oder technische Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte, Brillen, Kontaktlinsen oder Prothesen) verfügt und diese normalerweise benutzt.

Rücksendung des Berichtes

Der Bericht sollte zusammen mit den entsprechenden Anlagen so bald wie möglich direkt an uns zurückgeschickt werden; oder er kann Ihrem Patienten zusammen mit den Anlagen zur Weiterleitung an uns übergeben werden, falls Sie dies vorziehen.

Hinweise zu Ihren Angaben

Vertraulichkeit von Informationen

Die zwecks Erstellung dieses Berichts an Sie bereitgestellten personenbezogenen Informationen müssen gemäß § 202 des *Social Security (Administration) Act 1999* vertraulich behandelt werden. Sie dürfen niemand anderem mitgeteilt werden, sofern es nicht gesetzlich gestattet ist.

Zu widerhandlungen gegen § 202 des *Social Security (Administration) Act 1999* sind strafbar.

Freigabe von Informationen

Der *Freedom of Information Act 1982* ermöglicht die Offenlegung medizinischer bzw. psychiatrischer Informationen direkt gegenüber der betroffenen Person. Sollte es irgendwelche Informationen geben, deren Bekanntgabe dem körperlichen oder seelischen Wohlbefinden Ihres Patienten schaden könnte, kann sich Services Australia mit Ihnen hierzu in Verbindung setzen. Bitte geben Sie in TEIL i an, ob Sie von Services Australia kontaktiert werden möchten. Auch wenn Ihnen sonstige besondere Umstände bekannt sind, denen Rechnung getragen werden sollte, bitten wir um entsprechende Mitteilung.

Datenschutz und Ihre personenbezogenen Informationen

Der Schutz und die Sicherheit Ihrer persönlichen Daten sind uns wichtig, und sie sind auch gesetzlich geschützt. Wir sammeln diese Informationen zwecks der Bereitstellung von Zahlungen und Dienstleistungen. Wir geben Ihre Informationen nur dann an andere Parteien weiter, wenn Sie zugestimmt haben oder wenn das Gesetz es erlaubt oder erfordert. Weitere Informationen finden Sie unter servicesaustralia.gov.au/privacy

TEIL A – Zustände des Herz-Kreislaufsystems, der Atemwege und andere Zustände mit Auswirkungen auf die körperliche Belastung und Ausdauer

TEIL A soll im Falle von medizinischen Zuständen ausgefüllt werden, die sich auf die körperliche Belastung oder auf die Ausdauer auswirken. Solche Zustände umfassen unter anderem: Herzversagen, Kardiomyopathie, ischämische Herzerkrankung, chronisch obstruktive Atemwegs-/Lungenerkrankung, Asbestose, Mesotheliom, Lungenkrebs, chronische Schmerzen, die sich auf die körperliche Belastung oder Ausdauer auswirken, Organversagen im Endstadium, streuender/metastatischer Krebs und chronisches Erschöpfungssyndrom.

-  **Attach:**
- a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
 - copies of relevant test and investigation results (e.g. lung function tests, blood tests, exercise tolerance tests, ECG – reports only), if available.
- Beizufügen:**
- ein Bericht des Arztes oder Facharztes, der den betreffenden Zustand normalerweise behandelt (sofern Sie es nicht sind), und
 - falls vorhanden, Kopien von entsprechenden Test- und Untersuchungsergebnissen (wie z.B. Lungenfunktionstests, Bluttests, Belastungstests und EKG – nur Berichte).

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

3
The diagnosis is:
Die Diagnose ist:

Confirmed ☐ Bestätigt
Who confirmed the diagnosis?
Von wem wurde die Diagnose bestätigt?

Name
Name
Qualifications
Qualifikationen

Presumptive ☐ Präsumptiv
Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Sind zur Bestätigung der Diagnose weitere Untersuchungen/Begutachtungen vorgesehen?

No ☐ Yes ☐
Nein Ja

4
What was the date of diagnosis?
Wann wurde die Diagnose erstellt?

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

5
What was the date of onset of symptoms (if known)?
An welchem Datum setzten die Symptome ein (falls bekannt)?

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

6
What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
Wie lautet die Prognose für diesen Zustand?
Falls zutreffend: Zeitrahmen angeben.

Treatment / Behandlung

7
What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Wie wird dieser Zustand derzeit behandelt (z. B. durch stationäre Aufnahme, Operation, Medikamente, Physiotherapie, Rehabilitation, Schmerztherapie)?
Machen Sie spezifische Angaben (z. B. Zeitpunkt des Beginns, Häufigkeit und Dauer der Behandlung oder Rehabilitation, Art und Dosierung der Medikamente).

8 How effective is current treatment?
Describe response to treatment and degree of control of symptoms.
Wie erfolgreich ist die derzeitige Behandlung?
Bitte beschreiben Sie die Reaktion auf die Behandlung und den Grad der Symptomkontrolle.

9 Describe any adverse effects of treatment, including severity.
Bitte beschreiben Sie jegliche Nebenwirkungen der Behandlung, einschließlich deren Schweregrads.

10 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Welche Behandlung wurde in der Vergangenheit vorgenommen (z. B. stationäre Aufnahme, Operation, Medikamente, Physiotherapie, Rehabilitation, Schmerztherapie)?
Machen Sie spezifische Angaben (z. B. Zeitpunkt des Beginns, Häufigkeit und Dauer der Behandlung oder Rehabilitation, Art und Dosierung der Medikamente).

11 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?
Trägt oder verwendet der betreffende Patient Hilfen, Geräte oder technische Hilfsmittel im Zusammenhang mit diesem medizinischen Zustand?

No ☐ Go to next question
Nein ☐ Bitte weiter zur nächsten Frage

Yes ☐ Give details below
Ja ☐ Einzelheiten bitte unten angeben

12 Is any future treatment planned for this condition?
Ist eine zukünftige Behandlung dieses Zustands geplant?

No ☐ ► **Go to 14**
Nein **Bitte weiter mit 14**

Yes ☐ ► Give details below
Ja Einzelheiten bitte unten angeben

13 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Welcher Nutzen wird von der zukünftigen Behandlung erwartet?
Bitte beschreiben Sie ausführlich die Verbesserung der Symptome *und* der Funktionskapazität.

14 Indicate compliance with recommended treatment:
Bitte beurteilen Sie den Grad der Therapietreue zur empfohlenen Behandlung:

Very compliant ☐ Usually compliant ☐ Rarely compliant ☐ Uncertain ☐
Immer Meistens Selten Ungewiss

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Bitte beschreiben Sie ausführlich jeglichen Sachverhalt bezüglich des Zugangs zu angemessener Behandlung oder der Durchführung derselben, der den Grad der Therapietreue beeinflusst.

Current symptoms / Derzeitige Symptome

15 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Welche Symptome dauern derzeit **trotz** Behandlung, Hilfen, Geräten oder technischer Hilfsmittel an?
Bitte machen Sie spezifische Angaben, und geben Sie Schweregrad, Häufigkeit und Zeitdauer der Symptome an.

- 16** Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:
Angaben darüber, wie dieser Zustand die Funktionsfähigkeit des betreffenden Patienten **trotz** Behandlung, Hilfen, Geräte oder Hilfsmittel zur Zeit beeinträchtigt:
- A** Can the patient complete physically active tasks around their home and community without difficulty?
Kann der Patient Aufgaben, die eine körperliche Aktivität verlangen, in seinem Zuhause oder in seiner Gemeinde ohne Schwierigkeiten durchführen? No ☐ Yes ☐
Nein Ja
- B** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities?
Kann der Patient örtliche Einrichtungen zu Fuß (oder eigenständig in einem Rollstuhl) erreichen? No ☐ Yes ☐
Nein Ja
- C** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities without stopping to rest?
Kann der Patient örtliche Einrichtungen zu Fuß (oder eigenständig in einem Rollstuhl) ohne Ruhepause erreichen? No ☐ Yes ☐
Nein Ja
- D** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) from a carpark into a shopping centre or building without assistance?
Kann der Patient vom Parkplatz zu Fuß (oder eigenständig in einem Rollstuhl) ohne Hilfe in ein Einkaufszentrum oder Gebäude gelangen? No ☐ Yes ☐
Nein Ja
- E** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) around a shopping centre without assistance?
Kann sich der Patient in einem Einkaufszentrum zu Fuß (oder eigenständig in einem Rollstuhl) ohne Hilfe herum bewegen? No ☐ Yes ☐
Nein Ja
- F** Can the patient climb a flight of stairs or mobilise in a wheelchair up a long, sloping ramp?
Kann der Patient Treppen steigen oder sich in einem Rollstuhl eine lange Rampe hinaufbewegen? No ☐ Yes ☐
Nein Ja
- G** Can the patient use public transport without assistance?
Kann der Patient ohne Hilfe öffentliche Verkehrsmittel benutzen? No ☐ Yes ☐
Nein Ja
- H** Is the patient physically capable of performing light household activities (e.g. folding and putting away laundry)?
Ist der Patient körperlich in der Lage, leichte Haushaltstätigkeiten auszuführen (z. B. Wäsche zusammenlegen und einsortieren)? No ☐ Yes ☐
Nein Ja
- I** Can the patient undertake physical care activities such as showering or bathing and these activities do not prevent the person from undertaking a full range of activities in the same day?
Kann der Patient bzw. die Patientin Tätigkeiten der Körperpflege wie Baden oder Duschen ausführen, ohne dass dies die Person daran hindert, am selben Tag eine ganze Reihe von Aktivitäten zu unternehmen? No ☐ Yes ☐
Nein Ja
- J** Can the patient perform day to day household activities without difficulty (e.g. changing sheets on a bed or sweeping paths)?
Kann der Patient ohne Schwierigkeiten alltägliche Arbeiten im Haushalt durchführen (z. B. Bettwäsche wechseln oder Wege fegen)? No ☐ Yes ☐
Nein Ja
- K** Can the patient move around inside the home without assistance?
Kann sich der Patient ohne Hilfe im Haus bewegen? No ☐ Yes ☐
Nein Ja
- L** Does the patient require oxygen treatment during the day or to move around?
Benötigt der Patient tagsüber oder im Falle von Bewegung eine Sauerstoffbehandlung? No ☐ Yes ☐
Nein Ja
- M** Describe any other impacts.
Bitte beschreiben Sie jegliche weiteren Auswirkungen.

- 17 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Wirkt sich der Zustand auf die Fähigkeit aus, bei Arbeits-, Schul- oder Ausbildungstätigkeiten anwesend zu sein und sich an diesen wirksam zu beteiligen?

No ☐ Go to next question
Nein ☐ Bitte weiter zur nächsten Frage

Yes ☐ Give details below
Ja ☐ Einzelheiten bitte unten angeben

- 18 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Die Dauer der Auswirkung des Zustands auf die Funktionsfähigkeit des Patienten beträgt voraussichtlich:

Less than 3 months ☐ 3-24 months ☐ More than 24 months ☐
Weniger als 3 Monate 3-24 Monate Länger als 24 Monate

- 19 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Im Verlauf der nächsten 2 Jahre wird sich dieser Zustand voraussichtlich wie folgt auf das Funktionsvermögen der Person auswirken:

Resolve ☐
Wird behoben sein

Significantly improve ☐
Wesentliche Besserung

Slightly improve ☐
Leichte Besserung

Fluctuate ☐
Kondition schwankend

Remain unchanged ☐
Keine Änderung

Deteriorate ☐
Verschlechterung

Uncertain ☐
Ungewiss

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Beschreiben Sie, welche Funktionsfähigkeit in den nächsten 24 Monaten erreicht werden soll.

- 20 Is this condition episodic or fluctuating?
Tritt dieser Zustand schwankend oder episodisch auf?

No ☐ Go to next question
Nein ☐ Bitte weiter zur nächsten Frage

Yes ☐ Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
Ja ☐ Beschreiben Sie die Häufigkeit, Dauer und Schwere der Episoden bzw. wie der medizinische Zustand schwankt. Bitte machen Sie eine Anmerkung zur Erwerbsfähigkeit während und zwischen Episoden oder zu Symptomschwankungen.

- 21** History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
Vorgeschichte dieses Zustands.
Bitte machen Sie Angaben zu den zugrunde liegenden Ursachen und Einflussfaktoren.

[illegible]

- 22** Provide any additional comments about this condition.
Bitte machen Sie etwaige zusätzliche Anmerkungen zu diesem Zustand.

[illegible]

25 The diagnosis is:
Die Diagnose ist:

Confirmed ☐ Who confirmed the diagnosis?
Bestätigt Von wem wurde die Diagnose bestätigt?

Name

Name

Qualifications

Qualifikationen

Presumptive ☐
Präsumptiv

Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?

Sind zur Bestätigung der Diagnose weitere Untersuchungen/Begutachtungen vorgesehen?

No ☐
Nein

Yes ☐
Ja

26 What was the date of
diagnosis?
Wann wurde die Diagnose
erstellt?

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

27 What was the date of onset
of symptoms (if known)?
An welchem Datum setzten die
Symptome ein (falls bekannt)?

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

28 What is the prognosis of this
condition?
Give a timeframe, if applicable.
Wie lautet die Prognose für
diesen Zustand?
Falls zutreffend: Zeitrahmen
angeben.

Treatment / Behandlung

29 What treatment is currently
being provided for this
condition (e.g. hospitalisation,
surgery, medication, physical
therapy, rehabilitation, pain
management)?
Provide specific details
(e.g. date of commencement,
frequency and duration of
treatment or rehabilitation, type
and dose of medications).
Wie wird dieser Zustand
derzeit behandelt (z. B. durch
stationäre Aufnahme,
Operation, Medikamente,
Physiotherapie, Rehabilitation,
Schmerztherapie)?
Machen Sie spezifische
Angaben (z. B. Zeitpunkt
des Beginns, Häufigkeit
und Dauer der Behandlung
oder Rehabilitation, Art und
Dosierung der Medikamente).

30 How effective is current treatment?
Describe response to treatment and degree of control of symptoms.
Wie erfolgreich ist die derzeitige Behandlung?
Bitte beschreiben Sie die Reaktion auf die Behandlung und den Grad der Symptomkontrolle.

31 Describe any adverse effects of treatment, including severity.
Bitte beschreiben Sie jegliche Nebenwirkungen der Behandlung, einschließlich deren Schweregrads.

32 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Welche Behandlung wurde in der Vergangenheit vorgenommen
(z. B. stationäre Aufnahme, Operation, Medikamente, Physiotherapie, Rehabilitation, Schmerztherapie)?
Machen Sie spezifische Angaben (z. B. Zeitpunkt des Beginns, Häufigkeit und Dauer der Behandlung oder Rehabilitation, Art und Dosierung der Medikamente).

33 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?
Trägt oder verwendet der betreffende Patient Hilfen, Geräte oder technische Hilfsmittel im Zusammenhang mit diesem medizinischen Zustand?

No ☐ Go to next question
Nein ☐ Bitte weiter zur nächsten Frage
Yes ☐ Give details below
Ja ☐ Einzelheiten bitte unten angeben

34 Is any future treatment planned for this condition?
Ist eine zukünftige Behandlung dieses Zustands geplant?

No ☐ ► **Go to 36**
Nein **Bitte weiter mit 36**

Yes ☐ ► Give details below
Ja Einzelheiten bitte unten angeben

35 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms and functional capacity.
Welcher Nutzen wird von der zukünftigen Behandlung erwartet?
Bitte beschreiben Sie ausführlich die Verbesserung der Symptome und der Funktionskapazität.

36 Indicate compliance with recommended treatment:
Bitte beurteilen Sie den Grad der Therapietreue zur empfohlenen Behandlung:

Very compliant ☐ Immer Usually compliant ☐ Meistens Rarely compliant ☐ Selten Uncertain ☐ Ungewiss

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Bitte beschreiben Sie ausführlich jeglichen Sachverhalt bezüglich des Zugangs zu angemessener Behandlung oder der Durchführung derselben, der den Grad der Therapietreue beeinflusst.

Current symptoms / Derzeitige Symptome

37 What symptoms currently persist despite treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Welche Symptome dauern derzeit trotz Behandlung, Hilfen, Geräten oder technischer Hilfsmittel an?
Bitte machen Sie spezifische Angaben, und geben Sie Schweregrad, Häufigkeit und Zeitdauer der Symptome an.

38 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:

Note: Answers should reflect limitations from the spinal condition only. Answers should NOT reflect limitations from any other condition (e.g. an upper or lower limb condition).

Angaben darüber, wie dieser Zustand die Funktionsfähigkeit des betreffenden Patienten **trotz** Behandlung, Hilfen, Geräte oder Hilfsmittel zur Zeit beeinträchtigt:

Bitte beachten: Die Antworten sollten sich nur auf Einschränkungen durch die Wirbelsäulenerkrankung bzw. -verletzung beziehen. Einschränkungen durch andere medizinische Zustände (z. B. der oberen oder unteren Gliedmaßen) sind NICHT anzugeben.

A	Is there any restriction of forward flexion of the thoracolumbar spine? Ist die Vorwärtsbeugung der Brust- und Lendenwirbelsäule in irgendeiner Weise eingeschränkt?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	Go to E Bitte weiter mit E
B	Can the patient bend to knee level and straighten up again without difficulty? Kann sich der Patient bis zur Kniehöhe beugen und sich ohne Schwierigkeiten wieder aufrichten?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
C	Can the patient bend forward to pick up a light object at knee height? Kann sich der Patient nach vorne beugen und einen leichten Gegenstand in Kniehöhe aufheben?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
D	Can the patient bend forward to pick up a light object from a desk or table? Kann sich der Patient nach vorne beugen und vom Tisch einen leichten Gegenstand aufheben?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
E	Is there any restriction of thoracolumbar spine rotation? Ist die Drehung der Brust- und Lendenwirbelsäule in irgendeiner Weise eingeschränkt?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
F	Is there any restriction of cervical spine rotation or extension? Ist die Drehung oder Dehnung der Halswirbelsäule in irgendeiner Weise eingeschränkt?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	Go to K Bitte weiter mit K
G	Can the patient perform any overhead activities? Kann der Patient jegliche Bewegung oberhalb des Kopfes ausführen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	Go to G Bitte weiter mit G
H	Can the patient perform overhead activities without difficulty? Kann der Patient ohne Schwierigkeiten Bewegungen oberhalb des Kopfes ausführen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
I	Does the patient have some difficulty with overhead activities? Hat der Patient gewisse Schwierigkeiten bei Bewegungen oberhalb des Kopfes?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
J	Can the patient sustain overhead activities? Kann der Patient in Bewegungen oberhalb des Kopfes beharren?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
K	Is there restriction of some or all cervical spine movements? Sind gewisse oder sämtliche Bewegungen der Halswirbelsäule eingeschränkt?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	Go to P Bitte weiter mit P
L	Does the patient have some difficulty with cervical spine movements? Hat der Patient gewisse Schwierigkeiten bei Bewegungen der Halswirbelsäule?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	Go to L Bitte weiter mit L
M	Does the patient have difficulty with cervical spine movements in all directions? Hat der Patient Schwierigkeiten bei Bewegungen der Halswirbelsäule in alle Richtungen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
N	Is there complete loss of cervical spine rotation? Ist die Drehung der Halswirbelsäule vollkommen unmöglich?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
O	Is there complete loss of cervical spine forward flexion? Ist die Vorwärtsbeugung der Halswirbelsäule vollkommen unmöglich?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
P	Is the patient able to remain seated for more than 30 minutes? Ist der Patient in der Lage, länger als 30 Minuten lang zu sitzen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	Go to Q Bitte weiter mit Q
Q	Is the patient able to remain seated for more than 10 minutes? Ist der Patient in der Lage, länger als 10 Minuten lang zu sitzen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	Go to R Bitte weiter mit R
R	Is the patient able to get up out of a chair without assistance? Ist der Patient in der Lage, ohne Hilfe von einem Stuhl aufzustehen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	

S Does the patient have sufficient spinal movement to complete basic activities of daily living (e.g. dressing, bathing, showering or light housework)? No ☐ Ja ☐
Nein ☐ Ja ☐
Kann der Patient die Wirbelsäule ausreichend bewegen, um einfache Alltagstätigkeiten (z. B. ankleiden, baden, duschen, leichte Hausarbeiten) auszuführen?

T Is the patient completely unable to perform activities involving spinal function? No ☐ Yes ☐
Nein ☐ Ja ☐
Ist der Patient vollkommen unfähig, Tätigkeiten durchzuführen, zu denen die Funktion der Wirbelsäule benötigt wird?

U Describe any other impacts.
Bitte beschreiben Sie jegliche weiteren Auswirkungen.

39 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Wirkt sich der Zustand auf die Fähigkeit aus, bei Arbeits-, Schul- oder Ausbildungstätigkeiten anwesend zu sein und sich an diesen wirksam zu beteiligen?

No ☐ Go to next question
Nein ☐ Bitte weiter zur nächsten Frage
Yes ☐ Give details below
Ja ☐ Einzelheiten bitte unten angeben

40 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Die Dauer der Auswirkung des Zustands auf die Funktionsfähigkeit des Patienten beträgt voraussichtlich:

Less than 3 months ☐ 3-24 months ☐ More than 24 months ☐
Weniger als 3 Monate ☐ 3-24 Monate ☐ Länger als 24 Monate ☐

41 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Im Verlauf der nächsten 2 Jahre wird sich dieser Zustand voraussichtlich wie folgt auf das Funktionsvermögen der Person auswirken:

Resolve ☐
Wird behoben sein
Significantly improve ☐
Wesentliche Besserung
Slightly improve ☐
Leichte Besserung
Fluctuate ☐
Kondition schwankend
Remain unchanged ☐
Keine Änderung
Deteriorate ☐
Verschlechterung
Uncertain ☐
Ungewiss

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Beschreiben Sie, welche Funktionsfähigkeit in den nächsten 24 Monaten erreicht werden soll.

42 Is this condition episodic or fluctuating?
Tritt dieser Zustand schwankend oder episodisch auf?

No ☐ Go to next question
Nein ☐ Bitte weiter zur nächsten Frage

Yes ☐ Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Beschreiben Sie die Häufigkeit, Dauer und Schwere der Episoden bzw. wie der medizinische Zustand schwankt. Bitte machen Sie eine Anmerkung zur Erwerbsfähigkeit während und zwischen Episoden oder zu Symptomschwankungen.

Other information / Sonstige Informationen

43 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
Vorgeschichte dieses Zustands.
Bitte machen Sie Angaben zu den zugrunde liegenden Ursachen und Einflussfaktoren.

44 Provide any additional comments about this condition.
Bitte machen Sie etwaige zusätzliche Anmerkungen zu diesem Zustand.

TEIL C – Zustände, die die Funktion der oberen Extremitäten beeinträchtigen

TEIL C soll im Falle von medizinischen Zuständen ausgefüllt werden, die die Funktion der oberen Extremitäten beeinträchtigen. Solche Zustände umfassen unter anderem: Arthritis, Paralyse oder Kraft- bzw. Gefühllosigkeit aufgrund eines Schlaganfalls oder eines anderen Gehirn- bzw. Nervenschadens, Zerebralparese oder andere Zustände, die die Koordination der oberen Extremitäten beeinträchtigen, Entzündung oder Verletzung von Muskeln oder Sehnen, Amputation und das teilweise oder komplette Fehlen der oberen Extremität.

-  Attach:
- a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
 - copies of relevant test and investigation results (e.g. x-rays or other imagery – reports only), along with results of physical tests or assessments of function, if available.
- Beizufügen:
- ein Bericht des Arztes oder Facharztes, der den betreffenden Zustand normalerweise behandelt (sofern Sie es nicht sind), und
 - falls vorhanden, Kopien von entsprechenden Test- und Untersuchungsergebnissen (wie z. B. Röntgenaufnahmen oder anderen bildgebenden Verfahren – nur Berichte) zusammen mit Ergebnissen körperlicher Tests oder Beurteilungen der Funktionsfähigkeit.

46 What is the diagnosis?
Provide specific details
(e.g. include the International
Classification of Diseases code
and/or staging as relevant).
Wie lautet die Diagnose?
Machen Sie spezifische
Angaben (z. B. ICD-
Code und/oder Stadium,
soweit zutreffend).

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Confirmed ☐ Who confirmed the diagnosis?
Bestätigt ☐ Von wem wurde die Diagnose bestätigt?

Presumptive ☐ Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Präsumtiv ☐ Sind zur Bestätigung der Diagnose weitere Untersuchungen/Begutachtungen vorgesehen?

No ☐ Yes ☐
Nein ☐ Ja ☐

Day/Tag Month/Monat Year/Jahr

Day/Tag Month/Monat Year/Jahr

[illegible]

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is a vertical margin line on the left side, creating a narrow left margin. The paper appears to be a standard notebook or ledger page.

52 How effective is current treatment?
Describe response to treatment and degree of control of symptoms.
Wie erfolgreich ist die derzeitige Behandlung?
Bitte beschreiben Sie die Reaktion auf die Behandlung und den Grad der Symptomkontrolle.

53 Describe any adverse effects of treatment, including severity.
Bitte beschreiben Sie jegliche Nebenwirkungen der Behandlung, einschließlich deren Schweregrads.

54 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Welche Behandlung wurde in der Vergangenheit vorgenommen
(z. B. stationäre Aufnahme, Operation, Medikamente, Physiotherapie, Rehabilitation, Schmerztherapie)?
Machen Sie spezifische Angaben (z. B. Zeitpunkt des Beginns, Häufigkeit und Dauer der Behandlung oder Rehabilitation, Art und Dosierung der Medikamente).

55 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?
Trägt oder verwendet der betreffende Patient Hilfen, Geräte oder technische Hilfsmittel im Zusammenhang mit diesem medizinischen Zustand?

No ☐ Go to next question
Nein ☐ Bitte weiter zur nächsten Frage
Yes ☐ Give details below
Ja ☐ Einzelheiten bitte unten angeben

- 56 Is any future treatment planned for this condition?
Ist eine zukünftige Behandlung dieses Zustands geplant?
- No ☐ **Go to 58**
Nein **Bitte weiter mit 58**
- Yes ☐ Give details below
Ja Einzelheiten bitte unten angeben

- 57 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms and functional capacity.
Welcher Nutzen wird von der zukünftigen Behandlung erwartet?
Bitte beschreiben Sie ausführlich die Verbesserung der Symptome und der Funktionskapazität.

- 58 Indicate compliance with recommended treatment:
Bitte beurteilen Sie den Grad der Therapietreue zur empfohlenen Behandlung:
- Very compliant ☐ Immer Usually compliant ☐ Meistens Rarely compliant ☐ Selten Uncertain ☐ Ungewiss
- Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Bitte beschreiben Sie ausführlich jeglichen Sachverhalt bezüglich des Zugangs zu angemessener Behandlung oder der Durchführung derselben, der den Grad der Therapietreue beeinflusst.

Current symptoms / Derzeitige Symptome

- 59 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Welche Symptome dauern derzeit **trotz** Behandlung, Hilfen, Geräten oder technischer Hilfsmittel an?
Bitte machen Sie spezifische Angaben, und geben Sie Schweregrad, Häufigkeit und Zeitdauer der Symptome an.

- 60 Which limb is affected?
Welche Gliedmaße ist betroffen?
- Left ☐ Links Right ☐ Rechts

- 61 Is the patient left or right dominant?
Ist der Patient Links- oder Rechtshänder?
- Left ☐ Links Right ☐ Rechts

62 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function despite treatment, aids, equipment or assistive technology: Angaben darüber, wie dieser Zustand die Funktionsfähigkeit des betreffenden Patienten trotz Behandlung, Hilfen, Geräte oder Hilfsmittel zur Zeit beeinträchtigt:	A	Can the patient pick up, handle, manipulate and use most objects encountered on a daily basis without difficulty? Kann der Patient die meisten Gegenstände, denen er in seinem Alltag begegnet, ohne Schwierigkeiten aufheben, handhaben, bedienen und benutzen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
	B	Can the patient pick up heavier objects without difficulty (e.g. a 2 litre carton of liquid or a full shopping bag)? Kann der Patient schwerere Gegenstände ohne Schwierigkeiten aufheben? (z. B. eine Zwei-Liter-Verpackung von Flüssigkeit oder eine volle Einkaufstasche)?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
	C	Can the patient handle very small objects without difficulty (e.g. coins)? Kann der Patient sehr kleine Gegenstände (z. B. Münzen) ohne Schwierigkeiten handhaben?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
	D	Can the patient do up buttons without difficulty? Kann der Patient ohne Schwierigkeiten Knöpfe zumachen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
	E	Can the patient reach up or out to pick up objects without difficulty? Kann der Patient ohne Schwierigkeiten die Hand heben oder ausstrecken, um Gegenstände in die Hand zu nehmen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
	F	Can the patient pick up a 1 litre carton of liquid without difficulty? Kann der Patient ohne Schwierigkeiten eine mit Flüssigkeit gefüllte Ein-Liter-Verpackung aufheben?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
	G	Can the patient pick up light objects using 2 hands together without difficulty? Kann der Patient ohne Schwierigkeiten leichte Gegenstände mit beiden Händen gleichzeitig aufheben?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
	H	Can the patient hold and use a pen or pencil without difficulty? Kann der Patient ohne Schwierigkeiten einen Stift oder Bleistift halten und benutzen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
	I	The degree of difficulty to hold and use a pen or pencil is (tick one): Die Schwierigkeit, einen Stift zu halten und zu verwenden, ist (Grad ankreuzen):	Mild ☐ Gering	Moderate ☐ Mittelmäßig	Severe ☐ Groß
	J	Can the patient use a standard keyboard without difficulty? Kann der Patient ohne Schwierigkeiten eine handelsübliche Tastatur bedienen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	Go to I Bitte weiter mit I
	K	Can the patient use a computer keyboard with appropriate adaptations without difficulty? Kann der Patient eine entsprechend modifizierte Computertastatur ohne Schwierigkeiten verwenden?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	Go to L Bitte weiter mit L
	L	Can the patient unscrew a lid on a soft-drink bottle without difficulty? Kann der Patient den Verschluss einer Getränkeflasche ohne Schwierigkeiten aufdrehen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
	M	Does the patient have an amputation rendering a hand or arm non-functional? Ist eine Hand oder ein Arm des Patienten aufgrund einer Amputation funktionsunfähig?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
	N	Does the patient have limited movement or coordination in either their hands or arms severely limiting activities (Note: Both hands or both arms)? Ist die Beweglichkeit oder Koordination der Hände oder Arme des Patienten so beeinträchtigt, dass Aktivitäten stark eingeschränkt sind (Anmerkung: Beide Hände oder beide Arme)?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
O	Does the patient use or wear any prosthesis or assistive device? Benutzt oder trägt der Patient irgendeine Prothese oder ein Hilfsgerät?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	Go to R Bitte weiter mit R	
				Go to P Bitte weiter mit P	

P Is there any difficulty handling, moving or carrying most objects?
Bestehen beim Handhaben, Bewegen oder Tragen der meisten
Gegenstände Schwierigkeiten?

No ☐ **Go to R**
Nein **Bitte weiter mit R**
Yes ☐ **Go to Q**
Ja **Bitte weiter mit Q**

Q The degree of difficulty handling, moving or
carrying most objects is (tick one):
Die Schwierigkeit, die meisten Gegenstände
zu handhaben, bewegen oder tragen, ist
(Grad ankreuzen):

Mild ☐
Gering

Moderate ☐
Mittelmäßig

Severe ☐
Groß

R Can the patient turn the pages of a book without difficulty and
without assistance?
Kann der Patient die Seiten eines Buches ohne Schwierigkeiten und
ohne Hilfe umblättern?

No ☐ **Go to S**
Nein **Bitte weiter mit S**
Yes ☐ **Go to T**
Ja **Bitte weiter mit T**

S The degree of difficulty turning the pages of a
book without assistance is (tick one):
Die Schwierigkeit, ohne Hilfe die Seiten eines
Buches umzublättern, ist (Grad ankreuzen):

Mild ☐
Gering

Moderate ☐
Mittelmäßig

Severe ☐
Groß

T Does the patient have no capacity to use either their hands or arms
(**Note:** Both hands or both arms)?
Ist der Patient unfähig, seine Hände oder Arme zu benutzen?
(**Anmerkung:** Beide Hände oder beide Arme)?

No ☐
Nein

Yes ☐
Ja

U Describe any other impacts.
Bitte beschreiben Sie jegliche weiteren Auswirkungen.

63 Does this condition impact
ability to attend and effectively
participate in work, education
or training activities?
Wirkt sich der Zustand
auf die Fähigkeit aus,
bei Arbeits-, Schul- oder
Ausbildungstätigkeiten
anwesend zu sein und sich an
diesen wirksam zu beteiligen?

No ☐ **Go to next question**
Nein **Bitte weiter zur nächsten Frage**
Yes ☐ **Give details below**
Ja **Einzelheiten bitte unten angeben**

64 The impact of this condition on
the patient's ability to function
is expected to persist for:
Die Dauer der Auswirkung
des Zustands auf die
Funktionsfähigkeit des Patienten
beträgt voraussichtlich:

Less than 3 months ☐
Weniger als 3 Monate

3-24 months ☐
3-24 Monate

More than 24 months ☐
Länger als 24 Monate

65 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
 Im Verlauf der nächsten 2 Jahre wird sich dieser Zustand voraussichtlich wie folgt auf das Funktionsvermögen der Person auswirken:

- Resolve ☐
 Wird behoben sein
 Significantly improve ☒
 Wesentliche Besserung
 Slightly improve ☐
 Leichte Besserung
 Fluctuate ☐
 Kondition schwankend
 Remain unchanged ☐
 Keine Änderung
 Deteriorate ☐
 Verschlechterung
 Uncertain ☐
 Ungewiss

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
 Beschreiben Sie, welche Funktionsfähigkeit in den nächsten 24 Monaten erreicht werden soll.

66 Is this condition episodic or fluctuating?
 Tritt dieser Zustand schwankend oder episodisch auf?

No ☒ Go to next question
 Nein ☒ Bitte weiter zur nächsten Frage

Yes ☐ Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Beschreiben Sie die Häufigkeit, Dauer und Schwere der Episoden bzw. wie der medizinische Zustand schwankt. Bitte machen Sie eine Anmerkung zur Erwerbsfähigkeit während und zwischen Episoden oder zu Symptomschwankungen.

Other information / Sonstige Informationen

67 History of this condition.
 Provide details of underlying causes and contributing factors.
 Vorgeschichte des medizinischen Zustands.
 Bitte machen Sie Angaben zu den zugrunde liegenden Ursachen und Einflussfaktoren.

68 Provide any additional comments about this condition.
 Bitte machen Sie etwaige zusätzliche Anmerkungen zu diesem Zustand.

TEIL D – Zustände, die die Funktion der unteren Extremitäten beeinträchtigen

Solche Zustände umfassen unter anderem: Arthritis, Paralyse oder Kraft- bzw. Gefühlslosigkeit aufgrund eines Schlaganfalls oder eines anderen Gehirn- bzw. Nervenschadens, Zerebralparese oder andere Zustände, die die Koordination der unteren Extremitäten beeinträchtigen, Entzündung oder Verletzung von Muskeln oder Sehnen, Amputation und das teilweise oder komplette Fehlen der unteren Extremität.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

71 The diagnosis is:
Die Diagnose ist:

Confirmed ☐ Who confirmed the diagnosis?
Bestätigt Von wem wurde die Diagnose bestätigt?

Name

Name

Qualifications

Qualifikationen

Presumptive
Präsumptiv



Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?

Sind zur Bestätigung der Diagnose weitere Untersuchungen/Begutachtungen vorgesehen?

No ☐
Nein

Yes ☐
Ja

72 What was the date of
diagnosis?
Wann wurde die Diagnose
erstellt?

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

73 What was the date of onset
of symptoms (if known)?
An welchem Datum setzten die
Symptome ein (falls bekannt)?

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

74 What is the prognosis of this
condition?
Give a timeframe, if applicable.
Wie lautet die Prognose für
diesen Zustand?
Falls zutreffend: Zeitrahmen
angeben.

Treatment / Behandlung

75 What treatment is currently
being provided for this
condition (e.g. hospitalisation,
surgery, medication, physical
therapy, rehabilitation, pain
management)?
Provide specific details
(e.g. date of commencement,
frequency and duration of
treatment or rehabilitation, type
and dose of medications).
Wie wird dieser Zustand
derzeit behandelt (z. B.
durch stationäre Aufnahme,
Operation, Medikamente,
Physiotherapie, Rehabilitation,
Schmerztherapie)?
Machen Sie spezifische
Angaben (z. B. Zeitpunkt
des Beginns, Häufigkeit
und Dauer der Behandlung
oder Rehabilitation, Art und
Dosierung der Medikamente).

76 How effective is current treatment?
Describe response to treatment and degree of control of symptoms.
Wie erfolgreich ist die derzeitige Behandlung?
Bitte beschreiben Sie die Reaktion auf die Behandlung und den Grad der Symptomkontrolle.

77 Describe any adverse effects of treatment, including severity.
Bitte beschreiben Sie jegliche Nebenwirkungen der Behandlung, einschließlich deren Schweregrads.

78 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Welche Behandlung wurde in der Vergangenheit vorgenommen (z. B. stationäre Aufnahme, Operation, Medikamente, Physiotherapie, Rehabilitation, Schmerztherapie)?
Machen Sie spezifische Angaben (z. B. Zeitpunkt des Beginns, Häufigkeit und Dauer der Behandlung oder Rehabilitation, Art und Dosierung der Medikamente).

79 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?
Trägt oder verwendet der betreffende Patient Hilfen, Geräte oder technische Hilfsmittel im Zusammenhang mit diesem medizinischen Zustand?

No ☐ *Go to next question*
Nein ☐ *Bitte weiter zur nächsten Frage*
Yes ☐ *Give details below*
Ja ☐ *Einzelheiten bitte unten angeben*

80 Is any future treatment planned for this condition?
Ist eine zukünftige Behandlung dieses Zustands geplant?

No ☐ ► **Go to 82**
Nein **Bitte weiter mit 82**

Yes ☐ ► Give details below
Ja Einzelheiten bitte unten angeben

81 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms and functional capacity.
Welcher Nutzen wird von der zukünftigen Behandlung erwartet?
Bitte beschreiben Sie ausführlich die Verbesserung der Symptome und der Funktionskapazität.

82 Indicate compliance with recommended treatment:
Bitte beurteilen Sie den Grad der Therapietreue zur empfohlenen Behandlung:

Very compliant ☐ Immer Usually compliant ☐ Meistens Rarely compliant ☐ Selten Uncertain ☐ Ungewiss

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Bitte beschreiben Sie ausführlich jeglichen Sachverhalt bezüglich des Zugangs zu angemessener Behandlung oder der Durchführung derselben, der den Grad der Therapietreue beeinflusst.

Current symptoms / Derzeitige Symptome

83 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Welche Symptome dauern derzeit **trotz** Behandlung, Hilfen, Geräten oder technischer Hilfsmittel an?
Bitte machen Sie spezifische Angaben, und geben Sie Schweregrad, Häufigkeit und Zeitdauer der Symptome an.

84 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function despite treatment, aids, equipment or assistive technology: Angaben darüber, wie dieser Zustand die Funktionsfähigkeit des betreffenden Patienten trotz Behandlung, Hilfen, Geräte oder Hilfsmittel zur Zeit beeinträchtigt:	A Does the patient have difficulty walking? Hat der Patient Schwierigkeiten beim Gehen?	No ☐ Nein	Go to I <i>Bitte weiter mit I</i>
		Yes ☐ Ja	Go to B <i>Bitte weiter mit B</i>
	B Can the patient walk to local facilities without difficulty? Kann der Patient ohne Schwierigkeiten örtliche Einrichtungen zu Fuß erreichen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja
	C Can the patient walk without difficulty around a shopping mall or supermarket without a rest? Kann sich der Patient in einem Einkaufszentrum oder Supermarkt ohne Schwierigkeiten und ohne Ruhepause zu Fuß bewegen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja
	D How far can the patient walk outside their home? Wie weit kann sich der Patient zu Fuß von seinem Zuhause entfernen?		
	E Does the patient need to drive or use other transport to get to local shops and facilities? Ist der Patient auf das Autofahren oder auf die Nutzung anderer Verkehrsmittel angewiesen, um Einkaufsmöglichkeiten oder örtliche Einrichtungen zu erreichen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja
	F Does the patient need assistance to walk around a shopping centre or supermarket? Ist der Patient bei seiner Bewegung im Einkaufszentrum oder im Supermarkt auf Hilfe angewiesen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja
	G Does the patient need assistance to walk from a car park into a shopping centre or supermarket? Ist der Patient bei seinem Fußweg vom Parkplatz in ein Einkaufszentrum oder in einen Supermarkt auf Hilfe angewiesen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja
	H Is the patient unable to mobilise independently? Ist der Patient unfähig, sich eigenständig zu bewegen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja
	I Does the patient use a lower limb prosthesis or a walking stick? Benutzt der Patient eine Prothese der unteren Extremitäten oder einen Gehstock?	No ☐ Nein	Go to K <i>Bitte weiter mit K</i>
		Yes ☐ Ja	Go to J <i>Bitte weiter mit J</i>
	J Can the patient mobilise effectively using the prosthesis or walking stick? Kann sich der Patient mit Hilfe der Prothese oder des Gehstocks effektiv fortbewegen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja
	K Does the patient use a wheelchair? Benutzt der Patient einen Rollstuhl?	No ☐ Nein	Go to N <i>Bitte weiter mit N</i>
		Yes ☐ Ja	Go to L <i>Bitte weiter mit L</i>
	L Can the patient use the wheelchair independently? Kann der Patient den Rollstuhl eigenständig benutzen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja
	M Can the patient transfer to and from the wheelchair without assistance? Kann der Patient ohne Hilfe in den Rollstuhl einsteigen und aus dem Rollstuhl aussteigen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja
	N Does the patient use walking aids (e.g. quad stick, crutches or walking frame)? Benutzt der Patient Gehhilfen (z. B. Mehrfußgehilfen, Krücken oder Gehrahmen)?	No ☐ Nein	Go to Q <i>Bitte weiter mit Q</i>
	Yes ☐ Ja	Go to O <i>Bitte weiter mit O</i>	
O Does the patient move around independently using walking aids? Kann sich der Patient mit den Gehhilfen eigenständig bewegen?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
P Does the patient require assistance to move around using walking aids, (i.e. need assistance from another person to walk on some surfaces)? Ist der Patient beim Gehen mit Gehhilfen auf Hilfe angewiesen (d. h., benötigt er auf bestimmten Oberflächen die Hilfe einer anderen Person)?	No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	

- Q** Can the patient stand unaided for at least 10 minutes?
Ist der Patient in der Lage, mindestens 10 Minuten lang ohne Hilfe zu stehen?
- No ☐ **Go to R**
Nein **Bitte weiter mit R**
- Yes ☐ **Go to S**
Ja **Bitte weiter mit S**
-
- R** Can the patient stand unaided for 5-10 minutes?
Ist der Patient in der Lage, 5-10 Minuten lang ohne Hilfe zu stehen?
- No ☐ Yes ☐
Nein Ja
-
- S** Can the patient stand up from a sitting position without assistance?
Kann der Patient aus sitzender Position ohne Hilfe aufstehen?
- No ☐ Yes ☐
Nein Ja
-
- T** Can the patient use stairs without difficulty?
Kann sich der Patient ohne Schwierigkeiten über Treppen bewegen?
- No ☐ **Go to U**
Nein **Bitte weiter mit U**
- Yes ☐ **Go to W**
Ja **Bitte weiter mit W**
-
- U** Does the patient have some difficulty climbing stairs?
Hat der Patient Schwierigkeiten beim Treppensteigen?
- No ☐ Yes ☐
Nein Ja
-
- V** Is the patient unable to use stairs or steps without assistance?
Ist der Patient unfähig, Treppen oder Stufen ohne Hilfe zu überwinden?
- No ☐ Yes ☐
Nein Ja
-
- W** Can the patient kneel or squat and rise back up to a standing position without difficulty?
Kann sich der Patient ohne Schwierigkeiten hinknien oder niederhocken und wieder in stehende Position aufrichten?
- No ☐ Yes ☐
Nein Ja
-
- X** Can the patient use a motor vehicle?
Kann der Patient ein Kraftfahrzeug benutzen?
- No ☐ Yes ☐
Nein Ja
-
- Y** Can the patient use public transport without assistance?
Kann der Patient ohne Hilfe öffentliche Verkehrsmittel benutzen?
- No ☐ Yes ☐
Nein Ja
-
- Z** Describe any other impacts.
Bitte beschreiben Sie jegliche weiteren Auswirkungen.

- 85** Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Wirkt sich der Zustand auf die Fähigkeit aus, bei Arbeits-, Schul- oder Ausbildungstätigkeiten anwesend zu sein und sich an diesen wirksam zu beteiligen?

- No ☐ **Go to next question**
Nein **Bitte weiter zur nächsten Frage**
- Yes ☐ **Give details below**
Ja **Einzelheiten bitte unten angeben**

- 86** The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Die Dauer der Auswirkung des Zustands auf die Funktionsfähigkeit des Patienten beträgt voraussichtlich:

- Less than 3 months ☐ 3-24 months ☐ More than 24 months ☐
Weniger als 3 Monate 3-24 Monate Länger als 24 Monate

87 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
 Im Verlauf der nächsten 2 Jahre wird sich dieser Zustand voraussichtlich wie folgt auf das Funktionsvermögen der Person auswirken:

- Resolve ☐
 Wird behoben sein
 Significantly improve ☒
 Wesentliche Besserung
 Slightly improve ☐
 Leichte Besserung
 Fluctuate ☐
 Kondition schwankend
 Remain unchanged ☐
 Keine Änderung
 Deteriorate ☐
 Verschlechterung
 Uncertain ☐
 Ungewiss

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
 Beschreiben Sie, welche Funktionsfähigkeit in den nächsten 24 Monaten erreicht werden soll.

88 Is this condition episodic or fluctuating?
 Tritt dieser Zustand schwankend oder episodentartig auf?

No ☒ Go to next question
 Nein Bitte weiter zur nächsten Frage

Yes ☐ Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Beschreiben Sie die Häufigkeit, Dauer und Schwere der Episoden bzw. wie der medizinische Zustand schwankt. Bitte machen Sie eine Anmerkung zur Erwerbsfähigkeit während und zwischen Episoden oder zu Symptomschwankungen.

Other information / Sonstige Informationen

89 History of this condition.
 Provide details of underlying causes and contributing factors.
 Vorgeschichte des medizinischen Zustands.
 Bitte machen Sie Angaben zu den zugrunde liegenden Ursachen und Einflussfaktoren.

90 Provide any additional comments about this condition.
 Bitte machen Sie etwaige zusätzliche Anmerkungen zu diesem Zustand.

TEIL E – Psychiatrische und psychologische Zustände

TEIL E soll im Falle von mentalen Zuständen ausgefüllt werden. Solche Zustände umfassen unter anderem: chronische Depression, chronische Angst, Schizophrenie, bipolare affektive Störung, Essstörungen, somatoforme Störungen, pathologische Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörung, sich vorwiegend durch Verhaltensprobleme offenbarende Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung sowie Verhaltensprobleme im Zusammenhang mit einer erworbenen Hirnschädigung bzw. einem Frontalhirnsyndrom.

This image shows a blank sheet of white paper designed for handwriting practice. It features ten sets of horizontal ruling lines. Each set consists of a solid black line at the top and a dashed black line below it, creating uniform spaces for letter formation. The entire page is enclosed within a thin black rectangular border.

93 The diagnosis is:
Die Diagnose ist:

Confirmed ☐ Go to next question
Bestätigt ☐ Bitte weiter zur nächsten Frage

Presumptive ☐ Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Präsumptiv ☐ Sind zur Bestätigung der Diagnose weitere Untersuchungen/Begutachtungen vorgesehen?

No ☐ Go to next question
Nein ☐ Bitte weiter zur nächsten Frage

Yes ☐ Give details below
Ja ☐ Einzelheiten bitte unten angeben

94 Has the diagnosis of this condition been made by a consultant psychiatrist?
Ist die Diagnose des Zustands von einem Facharzt für Psychiatrie erstellt worden?

No ☐ Go to next question
Nein ☐ Bitte weiter zur nächsten Frage

Yes ☐ Provide details of the treating psychiatrist
Ja ☐ Machen Sie Angaben zum behandelnden Psychiater

Name

Name

Qualifications

Qualifikationen

Address

Anschrift

--

--

Country Land

Phone number
Telefonnummer

Country Land	()	Area code Vorwahl	()
-----------------	-----	----------------------	-----

Date(s) the patient has consulted the psychiatrist.

Day/Tag	/	Month/Monat	/	Year/Jahr
---------	---	-------------	---	-----------

Day/Tag	/	Month/Monat	/	Year/Jahr
---------	---	-------------	---	-----------

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Day/Tag	/	Month/Monat	/	Year/Jahr
---------	---	-------------	---	-----------

Day/Tag	/	Month/Monat	/	Year/Jahr
---------	---	-------------	---	-----------

Daten, an denen der Patient den Psychiater aufsuchte.

Bei mehr als vier Terminen den ersten Termin und den letzten Termin angeben.



Attach a report from this treating psychiatrist. This report MUST be attached.
Fügen Sie einen Bericht dieses behandelnden Psychiaters bei. Dieser Bericht MUSS beigefügt werden.

► Go to 97
Bitte weiter mit 97

95 Has the diagnosis been made by the patient's treating doctor?
Wurde die Diagnose vom behandelnden Arzt des Patienten erstellt?

No ☐
Nein

Go to next question
Bitte weiter zur nächsten Frage

Yes ☐
Ja

Provide details of the treating doctor
Machen Sie Angaben zum behandelnden Arzt

Name

Name

Qualifications

Qualifikationen

Address

Anschrift

Country Land

Phone number

Telefonnummer

Country Land	()	Area code Vorwahl	()
-----------------	-----	----------------------	-----

Date(s) the patient has consulted this medical practitioner.

Day/Tag /	Month/Monat /	Year/Jahr
--------------	------------------	-----------

Day/Tag /	Month/Monat /	Year/Jahr
--------------	------------------	-----------

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Day/Tag /	Month/Monat /	Year/Jahr
--------------	------------------	-----------

Day/Tag /	Month/Monat /	Year/Jahr
--------------	------------------	-----------

Daten, an denen der Patient diesen Arzt aufsuchte.

Bei mehr als vier Terminen den ersten Termin und den letzten Termin angeben.



Attach a report from this treating psychiatrist. This report MUST be attached.
Fügen Sie einen Bericht dieses behandelnden Psychiaters bei. Dieser Bericht MUSS beigefügt werden.

► Go to next question
Bitte weiter zur nächsten Frage

- 96 Has the diagnosis been confirmed by a registered psychologist (i.e. a psychologist with specialised qualifications which legally entitle them to diagnose and treat psychiatric and psychological conditions in their country/countries of practice)?
 Wurde die Diagnose von einem zugelassenen Psychologen bestätigt (d. h. einem Psychologen mit fachspezifischen Qualifikationen, die ihn in dem Land/den Ländern, in dem/denen er praktiziert, gesetzlich zur Diagnostizierung und Behandlung psychiatrischer und psychologischer Krankheiten berechtigen)?

No ☐ Go to next question
 Nein ☐ Bitte weiter zur nächsten Frage

Yes ☐ Provide details of the registered psychologist
 Ja ☐ Geben Sie Einzelheiten über den zugelassenen Psychologen an

Name

Name

Qualifications

Qualifikationen

Address

Anschrift

Country
Land

Phone number
Telefonnummer

Country () Area code ()
Land Vorwahl ()

Date(s) the patient has consulted this registered psychologist.

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

Datum/Daten der Konsultation der Person mit dem zugelassenen Psychologen.

Bei mehr als vier Terminen den ersten Termin und den letzten Termin angeben.



Attach a report from this registered psychologist. This report MUST be attached.

Fügen Sie einen Bericht dieses zugelassenen Psychologen bei. Dieser Bericht MUSS beigefügt werden.

► Go to next question
 Bitte weiter zur nächsten Frage

- 97 What was the date of diagnosis?
 Wann wurde die Diagnose erstellt?

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

- 98 What was the date of onset of symptoms (if known)?
 An welchem Datum setzten die Symptome ein (falls bekannt)?

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

- 99 What is the prognosis of this condition?
 Give a timeframe, if applicable.
 Wie lautet die Prognose für diesen Zustand?
 Falls zutreffend: Zeitrahmen angeben.

- 100** What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, medication, counselling, cognitive behavioural therapy, rehabilitation)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Wie wird dieser Zustand derzeit behandelt (z. B. durch stationäre Aufnahme, Medikamente, psychologische Beratung, kognitive Verhaltenstherapie, Rehabilitation)?

Machen Sie spezifische Angaben (z. B. Zeitpunkt des Beginns, Häufigkeit und Dauer der Behandlung oder Rehabilitation, Art und Dosierung der Medikamente).

- 101** How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Wie erfolgreich ist die derzeitige Behandlung?

Bitte beschreiben Sie die Reaktion auf die Behandlung und den Grad der Symptomkontrolle.

- 102** Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Bitte beschreiben Sie jegliche Nebenwirkungen der Behandlung, einschließlich deren Schweregrads.

- 103** What treatment has been undertaken in the past (e.g. medication, counselling, cognitive behavioural therapy, rehabilitation)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Welche Behandlung wurde in der Vergangenheit vorgenommen (z. B. medikamentöse Behandlung, psychologische Beratung, kognitive Verhaltenstherapie, Rehabilitation)?

Machen Sie spezifische Angaben (z. B. Zeitpunkt des Beginns, Häufigkeit und Dauer der Behandlung oder Rehabilitation, Art und Dosierung der Medikamente).

104 Has the patient been hospitalised for this condition?
 War der Patient wegen dieses medizinischen Zustands zu einer stationären Behandlung im Krankenhaus?

No ☐ **Go to next question**
 Nein **Bitte weiter zur nächsten Frage**

Yes ☐ Give details below, beginning with the most recent
 Ja Einzelheiten bitte unten angeben, aktuellste zuerst

1	Condition (diagnosis) Medizinischer Zustand (Diagnose)	
	Date of admission Datum der Krankenhausaufnahme	Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr
	Duration Dauer des Aufenthalts	
	Reason Grund	
	Name of institution Name der Anstalt	

2	Condition (diagnosis) Medizinischer Zustand (Diagnose)	
	Date of admission Datum der Krankenhausaufnahme	Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr
	Duration Dauer des Aufenthalts	
	Reason Grund	
	Name of institution Name der Anstalt	

3	Condition (diagnosis) Medizinischer Zustand (Diagnose)	
	Date of admission Datum der Krankenhausaufnahme	Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr
	Duration Dauer des Aufenthalts	
	Reason Grund	
	Name of institution Name der Anstalt	

If the patient has been hospitalised more than 3 times, attach a separate sheet with details.
 Wenn der Patient mehr als dreimal im Krankenhaus war, bitte ein separates Blatt mit entsprechenden Angaben beifügen.

105 Is any future treatment planned for this condition?
 Ist eine zukünftige Behandlung dieses Zustands geplant?

No ☐ **Go to 107**
 Nein **Bitte weiter mit 107**

Yes ☐ Give details below
 Ja Einzelheiten bitte unten angeben

106 What is the expected benefit of future treatment?
 Detail improvement in symptoms and functional capacity.
 Welcher Nutzen wird von der zukünftigen Behandlung erwartet?
 Bitte beschreiben Sie ausführlich die Verbesserung der Symptome und der Funktionskapazität.

- 107** Indicate compliance with recommended treatment:
 Bitte beurteilen Sie den Grad der Therapietreue zur empfohlenen Behandlung:
- Very compliant ☐ Immer
 Usually compliant ☐ Meistens
 Rarely compliant ☐ Selten
 Uncertain ☐ Ungewiss
- Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
 Bitte beschreiben Sie ausführlich jeglichen Sachverhalt bezüglich des Zugangs zu angemessener Behandlung oder der Durchführung derselben, der den Grad der Therapietreue beeinflusst.

Current symptoms / Derzeitige Symptome

- 108** What symptoms currently persist **despite** treatment?
 Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
 Welche Symptome sind derzeit **trotz** Behandlung weiter vorhanden?
 Bitte machen Sie spezifische Angaben, und geben Sie Schweregrad, Häufigkeit und Zeitdauer der Symptome an.

Functional impact / Funktionelle Beeinträchtigungen

- 109** Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment:
 Angaben darüber, wie dieser Zustand die Funktionsfähigkeit des betreffenden Patienten **trotz** Behandlung zur Zeit beeinträchtigt:

- A** Does the patient have difficulty with self care and independent living?
 Hat der Patient Schwierigkeiten, für sich selbst zu sorgen und eigenständig zu leben?

No ☐ **Go to B**
 Nein **Bitte weiter mit B**

Yes ☐ Provide details and examples below
 Ja Geben Sie unten Einzelheiten und Beispiele an

- B** Does the patient have difficulty with social/recreational activities and travel?
 Hat der Patient Schwierigkeiten mit sozialen/Freizeitaktivitäten und Reisen?

No ☐ **Go to C**
 Nein **Bitte weiter mit C**

Yes ☐ Provide details and examples below
 Ja Geben Sie unten Einzelheiten und Beispiele an

C Does the patient have difficulty with interpersonal relationships?
Hat der Patient Schwierigkeiten mit zwischenmenschlichen Beziehungen?

- No ☐ **Go to D**
Nein **Bitte weiter mit D**
- Yes ☐ Provide details and examples below
Ja Geben Sie unten Einzelheiten und Beispiele an

D Does the patient have difficulty with concentration and task completion?
Hat der Patient Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren und Aufgaben zu beenden?

- No ☐ **Go to E**
Nein **Bitte weiter mit E**
- Yes ☐ Provide details and examples below
Ja Geben Sie unten Einzelheiten und Beispiele an

E Does the patient have difficulty with behaviour, planning and decision-making?
Hat der Patient Verhaltens-, Planungs- und Entscheidungsschwierigkeiten?

- No ☐ **Go to F**
Nein **Bitte weiter mit F**
- Yes ☐ Provide details and examples below
Ja Geben Sie unten Einzelheiten und Beispiele an

F Describe any other impacts.
Bitte beschreiben Sie jegliche weiteren Auswirkungen.

110 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Wirkt sich der Zustand auf die Fähigkeit aus, bei Arbeits-, Schul- oder Ausbildungstätigkeiten anwesend zu sein und sich an diesen wirksam zu beteiligen?

- No ☐ **Go to next question**
Nein **Bitte weiter zur nächsten Frage**
- Yes ☐ Give details below
Ja Einzelheiten bitte unten angeben

- 111** The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Die Dauer der Auswirkung des Zustands auf die Funktionsfähigkeit des Patienten beträgt voraussichtlich:
- Less than 3 months ☐ 3-24 months ☐ More than 24 months ☐
Weniger als 3 Monate 3-24 Monate Länger als 24 Monate

- 112** Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Im Verlauf der nächsten 2 Jahre wird sich dieser Zustand voraussichtlich wie folgt auf das Funktionsvermögen der Person auswirken:
- Resolve ☐
Wird behoben sein
- Significantly improve ☒ 
Wesentliche Besserung
- Slightly improve ☐
Leichte Besserung
- Fluctuate ☐
Kondition schwankend
- Remain unchanged ☐
Keine Änderung
- Deteriorate ☐
Verschlechterung
- Uncertain ☐
Ungewiss

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Beschreiben Sie, welche Funktionsfähigkeit in den nächsten 24 Monaten erreicht werden soll.

- 113** Is this condition episodic or fluctuating?
Tritt dieser Zustand schwankend oder episodisch auf?
- No ☒  Go to next question
Nein Bitte weiter zur nächsten Frage
- Yes ☐  Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
Ja Beschreiben Sie die Häufigkeit, Dauer und Schwere der Episoden bzw. wie der medizinische Zustand schwankt. Bitte machen Sie eine Anmerkung zur Erwerbsfähigkeit während und zwischen Episoden oder zu Symptomschwankungen.

Other information / Sonstige Informationen

- 114** History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
Vorgeschichte des medizinischen Zustands.
Bitte machen Sie Angaben zu den zugrunde liegenden Ursachen und Einflussfaktoren.

- 115** Provide any additional comments about this condition.
Bitte machen Sie etwaige zusätzliche Anmerkungen zu diesem Zustand.

118
The diagnosis is:
Die Diagnose ist:

Confirmed ☐ Bestätigt

Who confirmed the diagnosis?
Von wem wurde die Diagnose bestätigt?

Name
Name
Qualifications
Qualifikationen

Presumptive ☐ Präsumptiv

Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Sind zur Bestätigung der Diagnose weitere Untersuchungen/Begutachtungen vorgesehen?

No ☐ Yes ☐
Nein Ja

119
What was the date of diagnosis?
Wann wurde die Diagnose erstellt?

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

120
What was the date of onset of symptoms (if known)?
An welchem Datum setzten die Symptome ein (falls bekannt)?

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

121
What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
Wie lautet die Prognose für diesen Zustand?
Falls zutreffend: Zeitrahmen angeben.

Treatment / Behandlung

122
What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Wie wird dieser Zustand derzeit behandelt (z. B. durch stationäre Aufnahme, Operation, Medikamente, Physiotherapie, Rehabilitation, Schmerztherapie)?
Machen Sie spezifische Angaben (z. B. Zeitpunkt des Beginns, Häufigkeit und Dauer der Behandlung oder Rehabilitation, Art und Dosierung der Medikamente).

123 How effective is current treatment?
Describe response to treatment and degree of control of symptoms.
Wie erfolgreich ist die derzeitige Behandlung?
Bitte beschreiben Sie die Reaktion auf die Behandlung und den Grad der Symptomkontrolle.

124 Describe any adverse effects of treatment, including severity.
Bitte beschreiben Sie jegliche Nebenwirkungen der Behandlung, einschließlich deren Schweregrads.

125 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, counselling, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Welche Behandlung wurde in der Vergangenheit vorgenommen (z. B. stationäre Aufnahme, Operation, Medikamente, Physiotherapie, Rehabilitation, Schmerztherapie)?
Machen Sie spezifische Angaben (z. B. Zeitpunkt des Beginns, Häufigkeit und Dauer der Behandlung oder Rehabilitation, Art und Dosierung der Medikamente).

126 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?
Trägt oder verwendet der betreffende Patient Hilfen, Geräte oder technische Hilfsmittel im Zusammenhang mit diesem medizinischen Zustand?

No ☐ Go to next question
Nein ☐ Bitte weiter zur nächsten Frage

Yes ☐ Give details below
Ja ☐ Einzelheiten bitte unten angeben

127 Is any future treatment planned for this condition?
Ist eine zukünftige Behandlung dieses Zustands geplant?

No ☐ ► **Go to 129**
Nein **Bitte weiter mit 129**

Yes ☐ ► Give details below
Ja Einzelheiten bitte unten angeben

128 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Welcher Nutzen wird von der zukünftigen Behandlung erwartet?
Bitte beschreiben Sie ausführlich die Verbesserung der Symptome *und* der Funktionskapazität.

129 Indicate compliance with recommended treatment:
Bitte beurteilen Sie den Grad der Therapietreue zur empfohlenen Behandlung:

Very compliant ☐ Usually compliant ☐ Rarely compliant ☐ Uncertain ☐
Immer Meistens Selten Ungewiss

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Bitte beschreiben Sie ausführlich jeglichen Sachverhalt bezüglich des Zugangs zu angemessener Behandlung oder der Durchführung derselben, der den Grad der Therapietreue beeinflusst.

Current symptoms / Derzeitige Symptome

130 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Welche Symptome dauern derzeit **trotz** Behandlung, Hilfen, Geräten oder technischer Hilfsmittel an?
Bitte machen Sie spezifische Angaben, und geben Sie Schweregrad, Häufigkeit und Zeitdauer der Symptome an.

- 131** Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology.
Describe in detail the impact on:
Angaben darüber, wie dieser Zustand die Funktionsfähigkeit des betreffenden Patienten **trotz** Behandlung, Hilfen, Geräte oder Hilfsmittel zur Zeit beeinträchtigt.
Bitte beschreiben Sie ausführlich die Auswirkung auf:

A Endurance.
Ausdauer.

B Movement/dexterity (e.g. walking, bending, sitting, standing, lifting/carrying/manipulating objects).
Beweglichkeit/Geschicklichkeit (z.B. Gehen, Beugen, Sitzen, Stehen, Heben/Tragen/Handhaben von Gegenständen).

C Neurological/cognitive function (e.g. concentrating, decision making, memory, problem solving).
Neurologische/kognitive Funktionen (z. B. Konzentration, Entscheidungsfähigkeit, Gedächtnis, Problemlösung).

D Functions of consciousness (involuntary loss of consciousness or altered consciousness e.g. seizures, migraines).
Funktionen des Bewusstseins (unfreiwilliger Bewusstseinsverlust oder veränderte Bewusstseinszustände, z. B. Anfälle, Migräne).

E Behaviour, planning, interpersonal relationships.
Verhalten, Planung, zwischenmenschliche Beziehungen.

F Sensory and communication functions (e.g. seeing, hearing, speaking).
Sinnes- und Kommunikationsfunktionen (z. B. Sehen, Hören, Sprechen).

G Digestive, reproductive and continence functions.
Verdauungs-, Fortpflanzungs- und Kontinenzfunktionen.

H Need for care (e.g. support in daily living, supported accommodation or nursing home/hospital care).
Pflegebedürftigkeit (z. B. Unterstützung im täglichen Leben, betreutes Wohnen oder Pflege im Pflegeheim oder Krankenhaus).

I Shopping and performing household tasks.
Einkaufen und Erledigen von Aufgaben im Haushalt.

J Driving and use of public transport.
Autofahren und Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel.

K Other impacts as applicable.
Sonstige Beeinträchtigungen, sofern vorhanden.

132 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Wirkt sich der Zustand auf die Fähigkeit aus, bei Arbeits-, Schul- oder Ausbildungstätigkeiten anwesend zu sein und sich an diesen wirksam zu beteiligen?

- No ☐ Go to next question
Nein ☐ Bitte weiter zur nächsten Frage
- Yes ☐ Give details below
Ja ☐ Einzelheiten bitte unten angeben

133 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Die Dauer der Auswirkung des Zustands auf die Funktionsfähigkeit des Patienten beträgt voraussichtlich:

- Less than 3 months ☐ 3-24 months ☐ More than 24 months ☐
Weniger als 3 Monate 3-24 Monate Länger als 24 Monate

134 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Im Verlauf der nächsten 2 Jahre wird sich dieser Zustand voraussichtlich wie folgt auf das Funktionsvermögen der Person auswirken:

- Resolve ☐
Wird behoben sein
- Significantly improve ☒
Wesentliche Besserung
- Slightly improve ☐
Leichte Besserung
- Fluctuate ☐
Kondition schwankend
- Remain unchanged ☐
Keine Änderung
- Deteriorate ☐
Verschlechterung
- Uncertain ☐
Ungewiss

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Beschreiben Sie, welche Funktionsfähigkeit in den nächsten 24 Monaten erreicht werden soll.

135 Is this condition episodic or fluctuating?
Tritt dieser Zustand schwankend oder episodisch auf?

No ☐ ► Go to next question
Nein ☐ ► Bitte weiter zur nächsten Frage

Yes ☐ ► Describe the frequency, duration and severity of episodes (including episodes in loss of or altered consciousness), or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
Ja ☐ ► Beschreiben Sie die Häufigkeit, Dauer und Schwere der Episoden (einschließlich schubweise Bewusstseinsverluste oder veränderte Bewusstseinszustände) bzw. wie der medizinische Zustand schwankt. Bitte machen Sie eine Anmerkung zur Erwerbsfähigkeit während und zwischen Episoden oder zu Symptomschwankungen.

Other information / Sonstige Informationen

136 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
Vorgeschichte des medizinischen Zustands.
Bitte machen Sie Angaben zu den zugrunde liegenden Ursachen und Einflussfaktoren.

137 Provide any additional comments about this condition.
Bitte machen Sie etwaige zusätzliche Anmerkungen zu diesem Zustand.

PART G – Additional information

TEIL G – Zusätzliche Informationen

- 138** Does the patient have any other medical conditions which are generally well managed and cause minimal or limited impact on ability to function?
 Weist der Patient sonstige medizinische Zustände auf, die jedoch im Allgemeinen gut bewältigt werden und das Funktionsvermögen des Patienten nur in sehr geringem oder in beschränktem Maß beeinträchtigen?

No ☐ Go to next question
 Nein ☐ Bitte weiter zur nächsten Frage

Yes ☐ Give details below
 Ja ☐ Einzelheiten bitte unten angeben

Condition (diagnosis) Medizinischer Zustand (Diagnose)	Treatment Behandlung	Significant improvement expected? Besteht Aussicht auf erhebliche Besserung?		Impact on ability to function Auswirkungen auf das Funktionsvermögen
1		No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
2		No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
3		No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	
4		No ☐ Nein	Yes ☐ Ja	

If there are more than 4 medical conditions which do NOT have a significant impact on ability to function, attach a separate sheet with details.
 Wenn mehr als vier medizinische Zustände bestehen, die das Funktionsvermögen des Patienten NICHT erheblich beeinträchtigen, bitte ein separates Blatt mit entsprechenden Angaben beifügen.

- 139** Patient's details
 Personalien des Patienten/der Patientin

Height
Größe

Weight
Gewicht

Blood pressure
Blutdruck

- 140** Does the patient have a medical condition that may significantly reduce their life expectancy?
 Leidet der Patient unter einem medizinischen Zustand, durch den sich seine Lebenserwartung erheblich verringern könnte?

No ☐ Go to 142
 Nein ☐ Bitte weiter mit 142

Yes ☐ Diagnosis of condition
 Ja ☐ Diagnose des Zustands

- 141** Is the average life expectancy of a patient with this condition shorter than 24 months?
 Beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung eines Patienten mit diesem medizinischen Zustand weniger als 24 Monate?

No ☐
 Nein ☐

Yes ☐
 Ja ☐

PART H – Capacity for work or training

TEIL H – Fähigkeit zur Arbeit oder beruflichen Bildung

Instructions for the doctor

PART H is to provide a holistic summary of the patient's current and potential capacity for work.

- Only those medical conditions with impact on functional capacity expected to persist for more than 2 years should be considered in assessing the patient's work capacity.
- Rate how the patient's work capacity is affected by their medical conditions now and over the next 2 years. This means any work the patient is capable of performing regardless of the availability of that work and without regard to the patient's age, educational level and current work skills.
- Tick **one** option for each column in the work capacity tables.
- Respond even if the patient has not worked for some time.

Anweisungen an den Arzt

TEIL H soll eine holistische Zusammenfassung der derzeitigen und potenziellen Arbeitsfähigkeit des Patienten vermitteln.

- Bei der Bewertung der Erwerbsfähigkeit sind nur medizinische Zustände mit Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit zu berücksichtigen, die voraussichtlich länger als zwei Jahre andauern werden.
- Beurteilen Sie die Auswirkungen der medizinischen Zustände des Patienten auf seine Erwerbsfähigkeit heute und im Verlauf der nächsten zwei Jahre. Dies bezieht sich auf jegliche Arbeiten, die der Patient ausüben kann, ungeachtet der Verfügbarkeit solcher Arbeit und ungeachtet des Alters, des Bildungsstands und der beruflichen Fertigkeiten des Patienten zum gegebenen Zeitpunkt.
- Bitte haken Sie für jede Spalte **eine** Option in der Tabelle „Erwerbsfähigkeit“ ab.
- Bitte antworten Sie, auch wenn der Patient schon seit einiger Zeit nicht mehr gearbeitet hat.

- 142** Indicate your assessment of the patient's capacity to do any work **WITHOUT ANY INTERVENTION** programs: i.e. **WITHOUT** programs that are designed to assist people back into the workforce (e.g. on the job training, vocational rehabilitation). Bitte beurteilen Sie die Fähigkeit des Patienten, **OHNE INTERVENTIONSPROGRAMME IRGEND EINER ART** eine Arbeit auszuführen: d. h. **OHNE** berufliche Wiedereingliederungsprogramme (betriebliche Fortbildung, berufliche Rehabilitation).

Work capacity / Erwerbsfähigkeit

	Current Derzeit	Within 6 months Innerhalb von 6 Monaten	6–24 months In 6–24 Monaten	More than 24 months In mehr als 24 Monaten
0–7 hrs per week 0–7 Wochenstunden				
8–14 hrs per week 8–14 Wochenstunden				
15–29 hrs per week 15–29 Wochenstunden				
30+ hrs per week Über 30 Wochenstunden				

Type of work / Art der Arbeit

Suggested suitable work
Vorschläge für geeignete Arbeit

Provide reasons for work capacity and type of work recommendations
Bitte geben Sie Gründe für die Empfehlungen zur Erwerbsfähigkeit und zur geeigneten Arbeit an.

- 143** Indicate your assessment of the patient's capacity to do any work WITH INTERVENTION programs: i.e. WITH programs that **are** specifically designed for people with physical, intellectual or psychiatric impairments (e.g. vocational rehabilitation, employment services programs that assist with people with disabilities) AND those that **are not** (e.g. vocational or pre-vocational training, on the job training and educational programs).
Bitte beurteilen Sie die Fähigkeit des Patienten, MIT INTERVENTIONSPROGRAMMEN irgendeine Arbeit auszuführen: d. h. MIT speziell für **Personen mit** körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen konzipierten Programmen (Programme für Beschäftigungsdienstleistungen, die bei Personen mit Behinderungen helfen) UND mit Programmen für **Personen ohne** derartige Beeinträchtigungen (z. B. berufliche oder vorberufliche Ausbildung, betriebliche Ausbildung und Bildungsprogramme).

Work capacity / Erwerbsfähigkeit

	Current Derzeit	Within 6 months Innerhalb von 6 Monaten	6–24 months In 6–24 Monaten	More than 24 months In mehr als 24 Monaten
0–7 hrs per week 0–7 Wochenstunden				
8–14 hrs per week 8–14 Wochenstunden				
15–29 hrs per week 15–29 Wochenstunden				
30+ hrs per week Über 30 Wochenstunden				

Type of work / Art der Arbeit

Suggested suitable work
Vorschläge für geeignete Arbeit

Provide reasons for work capacity and type of work recommendations
Bitte geben Sie Gründe für die Empfehlungen zur Erwerbsfähigkeit und zur geeigneten Arbeit an.

- 144** What type(s) of assistance would best assist the patient to return to work?
Welche Art(en) der Unterstützung wäre(n) für den Patienten bei der Rückkehr ins Erwerbsleben am besten geeignet?

No assistance required
Keine Unterstützung erforderlich

☐ **Go to 146**
Bitte weiter mit 146

Educational training (e.g. Year 12)
Schulische Bildung (z. B. 12. Schuljahr)

☐

Vocational/work training and rehabilitation
Berufliche Bildung und Rehabilitation

☐

On-the-job training
Praktische Berufsausbildung am Arbeitsplatz

☐

Go to next question
Bitte weiter zur nächsten Frage

Voluntary work
Ehrenamtliche Tätigkeit

☐

Drug and alcohol assistance
Drogen- und Alkoholberatung bzw. -behandlung

☐

Other
Sonstiges

☐ **Give details below**
Einzelheiten bitte unten angeben

- 145** Indicate your assessment of the patient's interest in pursuing assistance to return to work:
Bitte schätzen Sie das Interesse des Patienten ein, Unterstützung wahrzunehmen, um so ins Erwerbsleben zurückzukehren:

Nil ☐ Minimal ☐ Moderate ☐ Substantial ☐
 Kein Interesse Minimales Interesse Mäßiges Interesse Beträchtliches Interesse

Give details below
Einzelheiten bitte unten angeben

PART i – Certification

TEIL i – Bescheinigung

146 This patient has been... Dieser Patient ist...	my patient since mein/e Patient/in seit:	Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr
	a patient at this practice since ein/e Patient/in in dieser Praxis seit:	Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

147 Would you like someone from Services Australia, or a medical assessor authorised by Services Australia to contact you about this report (e.g. if there is any information which, if released to the patient, might be prejudicial to their physical or mental health)? Möchten Sie, dass sich ein Mitarbeiter von Services Australia oder ein durch Services Australia bevollmächtigter ärztlicher Gutachter mit Ihnen bezüglich dieses Berichtes in Verbindung setzt (z. B. weil irgendwelche Informationen vorliegen, die bei Freigabe an den Patienten seine körperliche oder geistige Gesundheit beeinträchtigen könnten)?	No ☐ ► Go to next question Nein ☐ ► Bitte weiter zur nächsten Frage Yes ☐ ► The following days and local times suit me: Ja ☐ ► Folgende Tage und Lokalzeiten sind dazu günstig: <table border="0" style="width: 100%;"><thead><tr><th style="text-align: left;">Day Tag</th><th style="text-align: left;">Time Lokalzeit</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> : Hrs : Uhr </td><td style="text-align: center;">to</td><td> : Hrs : Uhr </td></tr><tr><td> </td><td> : Hrs : Uhr </td><td style="text-align: center;">a</td><td> : Hrs : Uhr </td></tr></tbody></table> Would you like an interpreter when speaking with us? Möchten Sie während des Gesprächs mit uns die Hilfe eines Dolmetschers? No ☐ ► Go to next question Nein ☐ ► Bitte weiter zur nächsten Frage Yes ☐ ► Preferred language Ja ☐ ► Bevorzugte Sprache	Day Tag	Time Lokalzeit		: Hrs : Uhr	to	: Hrs : Uhr		: Hrs : Uhr	a	: Hrs : Uhr
Day Tag	Time Lokalzeit										
	: Hrs : Uhr	to	: Hrs : Uhr								
	: Hrs : Uhr	a	: Hrs : Uhr								

148 Doctor's details and declaration Please make sure you have read the Privacy and your personal information on page 3 of this form. Please print in BLOCK LETTERS or use stamp. Angaben über den Arzt sowie Erklärung Bitte vergewissern Sie sich, dass Sie die Informationen über den Datenschutz und Ihre personenbezogenen Daten auf Seite 3 dieses Formblatts gelesen haben. Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen oder Stempel verwenden.	Details of doctor completing this report: Angaben über den diesen Bericht verfassenden Arzt: <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%;">Name of doctor Name des Arztes</td><td> </td></tr><tr><td>Qualifications Qualifikationen</td><td> </td></tr><tr><td>Address Anschrift</td><td> Country Land </td></tr><tr><td>Phone number Telefonnummer</td><td> Country () Area code () Land Vorwahl () </td></tr><tr><td>Signature Unterschrift</td><td>  </td></tr><tr><td>Date Datum</td><td> Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr </td></tr><tr><td>Stamp (if applicable) Stempel (falls zutreffend)</td><td> </td></tr></table>	Name of doctor Name des Arztes		Qualifications Qualifikationen		Address Anschrift	Country Land	Phone number Telefonnummer	Country () Area code () Land Vorwahl ()	Signature Unterschrift		Date Datum	Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr	Stamp (if applicable) Stempel (falls zutreffend)	
Name of doctor Name des Arztes															
Qualifications Qualifikationen															
Address Anschrift	Country Land														
Phone number Telefonnummer	Country () Area code () Land Vorwahl ()														
Signature Unterschrift															
Date Datum	Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr														
Stamp (if applicable) Stempel (falls zutreffend)															

149 Returning this report
Rücksendung dieses Berichtes

Please post this completed report and any attachments directly to International Services, or if you prefer, you may give this completed report and any attachments to your patient to return to International Services.

Thank you for your assistance.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bericht und etwaige Unterlagen direkt an International Services zurück. Wenn Sie es vorziehen, können Sie Bericht und Unterlagen auch Ihrem Patienten zur Weiterleitung an International Services aushändigen.

Besten Dank für Ihre Mithilfe.

Return address Rücksendeadresse	SERVICES AUSTRALIA CENTRELINK INTERNATIONAL SERVICES PO BOX 7809 CANBERRA BC ACT 2610 AUSTRALIA
--	--

ENQUIRIES

If you have any questions, please call Services Australia direct (free of charge) on **0800 1802 482** (between 8.00 am and 5.00 pm Hobart Time, Monday to Friday).

This service may not be available from all locations in Germany.

If this service is not available call Services Australia on **(+61 3) 6222 3455** (outside Australia) or **131 673** (inside Australia).

Note: Call charges apply – calls from mobile phones may be charged at a higher rate.

ANFRAGEN

Bitte wenden Sie sich bei Fragen direkt (gebührenfrei) unter der Rufnummer **0800 1802 482** an Services Australia (zwischen 08.00 und 17.00 Uhr Ortszeit in Hobart/Australien, montags bis freitags). Dieser Service steht eventuell nicht von allen Orten in Deutschland aus zur Verfügung.

Ist dieser Service nicht verfügbar, wenden Sie sich bitte unter der Rufnummer **(+61 3) 6222 3455** an Services Australia. Wenden Sie sich bei Anrufen innerhalb Australiens bitte an **131 673**.

Bitte beachten: Diese Anrufe sind gebührenpflichtig. Anrufe von Mobiltelefonen aus können zu höheren Gebühren abgerechnet werden.