

TDR

Patient's details
Personalien des
Patienten/der Patientin

Name
Name
Address
Anschrift

Country
Land

Date of birth
Geburtsdatum

 Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

Customer Centrelink Reference Number
Centrelink-Kundenreferenznummer

 - - -

Instructions for the patient / Anweisungen an den Patienten

This report will be used to assist in determining if you are medically eligible for an Australian Disability Support Pension. Only use this form for medical assessments if you are outside of Australia.

Dieser Bericht wird herangezogen um abzuklären, ob Sie aus gesundheitlichen Gründen Anrecht auf eine australische Erwerbsunfähigkeitsrente (Disability Support Pension) haben. Verwenden Sie dieses Formblatt für medizinische Gutachten nur, wenn Sie außerhalb Australiens leben.

What you should do Was Sie tun müssen

You should take this report to your treating doctor. Please let your doctor know at the time of making the appointment that you require this report to be completed to assess your eligibility for an Australian Disability Support Pension. You are responsible for any costs in obtaining this report.

You will need to get the completed form from your doctor and return it to International Services in Australia unless your doctor returns it for you.

Bitte geben Sie diesen Bericht Ihrem behandelnden Arzt. Sie sollten bereits bei der Terminvereinbarung darauf hinweisen, dass der Bericht zur Abklärung Ihrer Ansprüche auf eine australische Erwerbsunfähigkeitsrente ausgefüllt werden muss. Die dabei entstehenden Kosten haben Sie selbst zu tragen.

Sie müssen dieses Formblatt von Ihrem Arzt ausfüllen lassen und es danach an International Services in Australien zurückschicken, es sei denn, Ihr Arzt schickt es in Ihrem Namen für Sie zurück.

Continued ►
Fortgesetzt



CLK0AUS109GE 2011

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

PART A – Cardiovascular, respiratory and other conditions impacting physical exertion or stamina

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

PART A should be completed for conditions impacting physical exertion or stamina including but not limited to: cardiac failure, cardiomyopathy, ischaemic heart disease, chronic obstructive airways/pulmonary disease, asbestosis, mesothelioma, lung cancer, chronic pain which impacts physical exertion or stamina, end stage organ failure, widespread/metastatic cancer and chronic fatigue syndrome.

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.

- 1 Does the patient have a cardiovascular, respiratory or other condition impacting physical exertion or stamina?
Hat der betreffende Patient Herz- Kreislauf-, Atemwegs- oder andere medizinische Zustände, die die körperliche Belastbarkeit und Ausdauer beeinträchtigen?
- No **Go to PART B**
Nein **Bitte weiter mit TEIL B**
- Yes Give details below
Ja Einzelheiten bitte unten angeben

Instructions for the doctor


If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge. Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Anweisungen an den Arzt

Falls der betreffende Patient mehr als einen medizinischen Zustand dieses Typs hat, hier Angaben zu dem Zustand machen, der die *stärkste* Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit verursacht. Angaben zu anderen medizinischen Zuständen können bei TEIL F gemacht werden. Bitte beantworten Sie folgende Fragen aufgrund von klinischen Gutachten, Test- und Untersuchungsergebnissen sowie gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Eigenangaben über Symptome sind alleine nicht ausreichend.

-  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).

Diagnosis / Diagnose

- 2 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).

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
Nein Yes
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
Nein Yes
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
Nein Yes
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
Nein Yes
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 herumbewegen? No
Nein Yes
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
Nein Yes
Ja
- G** Can the patient use public transport without assistance?
 Kann der Patient ohne Hilfe öffentliche Verkehrsmittel benutzen? No
Nein Yes
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
Nein Yes
Ja
- I** 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
Nein Yes
Ja
- J** Can the patient move around inside the home without assistance?
 Kann sich der Patient ohne Hilfe im Haus bewegen? No
Nein Yes
Ja
- K** 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
Nein Yes
Ja

L 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.

Lined writing area for question 21.

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

Lined writing area for question 22.

PART B – Conditions impacting spinal function

TEIL B – Zustände, die die Funktion der Wirbelsäule beeinträchtigen

PART B should be completed for conditions impacting spinal function including but not limited to: spinal cord injury, spinal stenosis, cervical spondylosis, lumbar radiculopathy, herniated or ruptured disc, spinal cord tumours, and arthritis or osteoporosis involving the spine.

TEIL B soll im Falle von medizinischen Zuständen ausgefüllt werden, die die Funktion der Wirbelsäule beeinträchtigen. Solche Zustände umfassen unter anderem: Rückenmarksverletzung, spinale Stenose, zervikale Spondylose, lumbale Radikulopathie, Bandscheibenvorfall oder -riss, Rückenmarktumor und Arthritis oder Osteoporose, von der auch die Wirbelsäule betroffen ist.

- 23 Does the patient have a condition impacting spinal function?
Hat der betreffende Patient einen medizinischen Zustand, der die Funktion der Wirbelsäule beeinträchtigt?
No ➔ *Go to PART C*
Nein ➔ *Bitte weiter mit TEIL C*
- Yes ➔ Give details below
Ja ➔ Einzelheiten bitte unten angeben

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.


Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Anweisungen an den Arzt

Falls der betreffende Patient mehr als einen medizinischen Zustand dieses Typs hat, hier Angaben zu dem Zustand machen, der die *stärkste* Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit verursacht. Angaben zu anderen medizinischen Zuständen können bei TEIL F gemacht werden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen aufgrund von klinischen Gutachten, Test- und Untersuchungsergebnissen sowie gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Eigenangaben über Symptome sind alleine nicht ausreichend.

 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 reports from physiotherapists or other rehabilitation practitioners confirming loss of range of movement in the spine or other effects of the spinal disease or injury, 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 Berichten von Physiotherapeuten oder anderen Rehabilitationstherapeuten, die den Verlust des Bewegungsumfangs der Wirbelsäule oder andere Folgen der Wirbelsäulenerkrankung oder -verletzung bestätigen.

Diagnosis / Diagnose

- 24 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).

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 <input type="checkbox"/> Nein	Go to E Bitte weiter mit E
		Yes <input type="checkbox"/> Ja	Go to B Bitte weiter mit B
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 <input type="checkbox"/> Nein	Yes <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Nein	Yes <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Nein	Yes <input type="checkbox"/> Ja
E	Is there any restriction of thoracolumbar spine rotation? Ist die Drehung der Brust- und Lendenwirbelsäule in irgendeiner Weise eingeschränkt?	No <input type="checkbox"/> Nein	Yes <input type="checkbox"/> Ja
F	Is there any restriction of cervical spine rotation or extension? Ist die Drehung oder Dehnung der Halswirbelsäule in irgendeiner Weise eingeschränkt?	No <input type="checkbox"/> Nein	Go to K Bitte weiter mit K
		Yes <input type="checkbox"/> Ja	Go to G Bitte weiter mit G
G	Can the patient perform any overhead activities? Kann der Patient jegliche Bewegung oberhalb des Kopfes ausführen?	No <input type="checkbox"/> Nein	Yes <input type="checkbox"/> Ja
H	Can the patient perform overhead activities without difficulty? Kann der Patient ohne Schwierigkeiten Bewegungen oberhalb des Kopfes ausführen?	No <input type="checkbox"/> Nein	Yes <input type="checkbox"/> Ja
I	Does the patient have some difficulty with overhead activities? Hat der Patient gewisse Schwierigkeiten bei Bewegungen oberhalb des Kopfes?	No <input type="checkbox"/> Nein	Yes <input type="checkbox"/> Ja
J	Can the patient sustain overhead activities? Kann der Patient in Bewegungen oberhalb des Kopfes beharren?	No <input type="checkbox"/> Nein	Yes <input type="checkbox"/> Ja
K	Is there restriction of some or all cervical spine movements? Sind gewisse oder sämtliche Bewegungen der Halswirbelsäule eingeschränkt?	No <input type="checkbox"/> Nein	Go to P Bitte weiter mit P
		Yes <input type="checkbox"/> Ja	Go to L Bitte weiter mit L
L	Does the patient have some difficulty with cervical spine movements? Hat der Patient gewisse Schwierigkeiten bei Bewegungen der Halswirbelsäule?	No <input type="checkbox"/> Nein	Yes <input type="checkbox"/> Ja
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 <input type="checkbox"/> Nein	Yes <input type="checkbox"/> Ja
N	Is there complete loss of cervical spine rotation? Ist die Drehung der Halswirbelsäule vollkommen unmöglich?	No <input type="checkbox"/> Nein	Yes <input type="checkbox"/> Ja
O	Is there complete loss of cervical spine forward flexion? Ist die Vorwärtsbeugung der Halswirbelsäule vollkommen unmöglich?	No <input type="checkbox"/> Nein	Yes <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Nein	Go to Q Bitte weiter mit Q
		Yes <input type="checkbox"/> Ja	Go to R Bitte weiter mit R
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 <input type="checkbox"/> Nein	Yes <input type="checkbox"/> Ja
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 <input type="checkbox"/> Nein	Yes <input type="checkbox"/> 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 Yes
 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.

PART C – Conditions impacting upper limb function

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

PART C should be completed for conditions impacting upper limb function including but not limited to: arthritis, paralysis or loss of strength or sensation resulting from stroke or other brain or nerve injury, cerebral palsy or other condition affecting upper limb coordination, inflammation or injury of the muscles or tendons, amputation and absence of whole or part of the upper limb.

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.

- 45 Does the patient have a condition impacting upper limb function?
Hat der betreffende Patient einen medizinischen Zustand, der die Funktion der oberen Gliedmaßen beeinträchtigt?
- No **Go to PART D**
Nein **Bitte weiter mit TEIL D**
- Yes Give details below
Ja Einzelheiten bitte unten angeben

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.


Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.

Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Anweisungen an den Arzt

Falls der betreffende Patient mehr als einen medizinischen Zustand dieses Typs hat, hier Angaben zu dem Zustand machen, der die *stärkste* Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit verursacht. Angaben zu anderen medizinischen Zuständen können bei TEIL F gemacht werden. Bitte beantworten Sie folgende Fragen aufgrund von klinischen Gutachten, Test- und Untersuchungsergebnissen sowie gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Eigenangaben über Symptome sind alleine nicht ausreichend.

-  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.

Diagnosis / Diagnose

- 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).

47 The diagnosis is:
Die Diagnose ist:

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

Name

Qualifications

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

No Ja
Nein Ja

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

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

49 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

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

Blank area with horizontal dotted lines for writing the prognosis.

Treatment / Behandlung

51 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).

Blank area with horizontal dotted lines for writing the treatment details.

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?

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

Trägt oder verwendet der betreffende Patient Hilfen, Geräte oder technische Hilfsmittel im Zusammenhang mit diesem medizinischen Zustand?

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 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

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 Right
Links Rechts

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

Left Right
Links 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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
Ja |
| D | Can the patient do up buttons without difficulty?
Kann der Patient ohne Schwierigkeiten Knöpfe zumachen? | No <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
Ja |
| | | | Go to I
<i>Bitte weiter mit I</i> |
| | | | Go to J
<i>Bitte weiter mit J</i> |
| 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 <input type="checkbox"/>
Gering | Moderate <input type="checkbox"/>
Mittelmäßig |
| | | | Severe <input type="checkbox"/>
Groß |
| J | Can the patient use a standard keyboard without difficulty?
Kann der Patient ohne Schwierigkeiten eine handelsübliche Tastatur bedienen? | No <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
Ja |
| | | | Go to K
<i>Bitte weiter mit K</i> |
| | | | Go to L
<i>Bitte weiter mit L</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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
Ja |
| 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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
Ja |
| O | Does the patient use or wear any prosthesis or assistive device?
Benutzt oder trägt der Patient irgendeine Prothese oder ein Hilfsgerät? | No <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
Ja |
| | | | Go to R
<i>Bitte weiter mit R</i> |
| | | | Go to P
<i>Bitte weiter mit P</i> |

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 Moderate Severe
Gering Mittelmäßig 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 Moderate Severe
Gering Mittelmäßig 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 Yes
Nein 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 3-24 months More than 24 months
Weniger als 3 Monate 3-24 Monate 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 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

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.

71 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

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).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 <input type="checkbox"/>
Nein | Go to I
<i>Bitte weiter mit I</i> |
| | | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
Ja |
| H | Is the patient unable to mobilise independently?
Ist der Patient unfähig, sich eigenständig zu bewegen? | No <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Go to K
<i>Bitte weiter mit K</i> |
| | | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
Ja |
| K | Does the patient use a wheelchair?
Benutzt der Patient einen Rollstuhl? | No <input type="checkbox"/>
Nein | Go to N
<i>Bitte weiter mit N</i> |
| | | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Go to Q
<i>Bitte weiter mit Q</i> |
| | | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Nein | Yes <input type="checkbox"/>
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.

PART E – Psychiatric and psychological conditions

TEIL E – Psychiatrische und psychologische Zustände

PART E should be completed for mental health conditions including but not limited to: chronic depressive/anxiety disorders, schizophrenia, bipolar affective disorder, eating disorders, somatoform disorders, pathological personality disorders, post traumatic stress disorder, attention deficit hyperactivity disorder manifesting with predominantly behavioural problems, and behavioural problems related to acquired brain injury/ frontal lobe syndrome.

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.

- 91 Does the patient have a psychiatric or psychological condition?
 Weist der betreffende Patient psychiatrische oder psychologische Zustände auf?
 - No ► **Go to PART F**
 Nein **Bitte weiter mit TEIL F**
 - Yes ► Give details below
 Ja Einzelheiten bitte unten angeben

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.


Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Anweisungen an den Arzt

Falls der betreffende Patient mehr als einen medizinischen Zustand dieses Typs hat, hier Angaben zu dem Zustand machen, der die *stärkste* Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit verursacht. Angaben zu anderen medizinischen Zuständen können bei TEIL F gemacht werden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen aufgrund von klinischen Gutachten, Test- und Untersuchungsergebnissen sowie gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Eigenangaben über Symptome sind alleine nicht ausreichend.

-  Attach a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you).
 Fügen Sie einen Bericht des Arztes oder Facharztes bei, der den betreffenden Zustand normalerweise behandelt (sofern Sie es nicht sind).

Diagnosis / Diagnose

- 92 What is the diagnosis?
 Provide specific details
 (e.g. include the International Classification of Diseases code or the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders code).
 Wie lautet die Diagnose?
 Machen Sie spezifische Angaben (z. B. ICD- oder DSM-Code).

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?
Präsäsumptiv 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 () Area code ()
Land () 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 ► Go to next question
Nein ► Bitte weiter zur nächsten Frage

Yes ► Provide details of the treating doctor
Ja ► 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 clinical 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 klinischen 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 clinical psychologist**
 Ja **Machen Sie Angaben zum klinischen Psychologen**

Name

Qualifications

Address

Country
 Land

Phone number Country () Area code ()
 Telefonnummer Land () Vorwahl ()

Date(s) the patient has consulted this clinical psychologist.
 If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Date(s) the patient has consulted this clinical psychologist.
 If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Daten, an denen der Patient diesen klinischen Psychologen 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.**
Einen Bericht dieses klinischen Psychologen beifügen. 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?

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

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 Einzelheiten bitte unten angeben, aktuellste zuerst**
 Ja

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

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

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

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 Einzelheiten bitte unten angeben**
 Ja

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
Weniger als 3 Monate

3-24 months
3-24 Monate

More than 24 months
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 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

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.

PART F – Other medical conditions

TEIL F – Andere medizinische Zustände

116 Does the patient have any other medical conditions including intellectual impairment which have a SIGNIFICANT impact on their ability to function (e.g. endurance, movement, cognitive function, communication, behaviour, ability for self care, need for support in activities of daily living)?
Leidet der Patient unter anderen medizinischen Zuständen, einschließlich intellektueller Beeinträchtigungen, die sich ERHEBLICH auf die persönliche Funktionsfähigkeit auswirken (z. B. Belastungsfähigkeit, Bewegung, kognitive Funktionsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Verhalten, Fähigkeit zur Selbstversorgung, Bedarf an Unterstützung zur Bewältigung der Alltagsaktivitäten)?

No **Go to PART G**
Nein **Bitte weiter mit TEIL G**
Yes Give details below
Ja Einzelheiten bitte unten angeben

Instructions for the doctor

Detail only one condition at a time – avoid grouping medical conditions. **If there is more than one other condition, photocopy pages 42–48 for each additional condition, answer the questions and attach the completed pages to this form.**

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.


Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Anweisungen an den Arzt

Die medizinischen Zustände nicht zusammenfassen sondern einzeln angeben. **Falls mehr als ein sonstiger medizinischer Zustand vorliegt, die Seiten 42–48 für jeden weiteren Zustand fotokopieren, die Fragen beantworten und die ausgefüllten Seiten diesem Formular beifügen.**

Bitte beantworten Sie folgende Fragen aufgrund von klinischen Gutachten, Test- und Untersuchungsergebnissen sowie gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Eigenangaben über Symptome sind alleine nicht ausreichend.

-  Attach:
- if this condition impacts vision a report from an Ophthalmologist. This report MUST be attached,
 - if this condition impacts hearing or other ear functions a report from an Audiologist or Ear, Nose and Throat specialist. This report MUST be attached,
 - a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
 - results of relevant test and investigation results (reports only), if available.
- Beizufügen:
- falls dieser medizinische Zustand das Sehvermögen beeinträchtigt, ein Bericht eines Augenarztes. Dieser Bericht MUSS beigefügt werden.
 - falls dieser medizinische Zustand das Hörvermögen oder andere Funktionen der Ohren beeinträchtigt, ein Bericht eines Audiologen oder Hals-Nasen-Ohren-Facharztes (HNO). Dieser Bericht MUSS beigefügt werden.
 - ein Bericht des Arztes oder Facharztes, der den betreffenden Zustand normalerweise behandelt (sofern Sie es nicht sind), und
 - relevante Test- und Untersuchungsergebnisse (nur Berichte), sofern vorhanden.

Diagnosis / Diagnose

117 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).

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

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 <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Nein	Ja	
2		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Nein	Ja	
3		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Nein	Ja	
4		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Nein	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8–14 hrs per week 8–14 Wochenstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15–29 hrs per week 15–29 Wochenstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30+ hrs per week Über 30 Wochenstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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, disability employment services) 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 (berufliche Rehabilitation, Beschäftigungsdienste für Behinderte) 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
- 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
- Voluntary work
Ehrenamtliche Tätigkeit
- Drug and alcohol assistance
Drogen- und Alkoholberatung bzw. -behandlung
- Other
Sonstiges

Go to 146
Bitte weiter mit 146

Go to next question
Bitte weiter zur nächsten Frage

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:

Day Tag	Time Lokalzeit
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> Hrs : <input type="text"/> Uhr
	to <input type="text"/> : <input type="text"/> Hrs a <input type="text"/> : <input type="text"/> Uhr
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> Hrs : <input type="text"/> Uhr
	to <input type="text"/> : <input type="text"/> Hrs a <input type="text"/> : <input type="text"/> Uhr

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

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:

Name of doctor
Name des Arztes

Qualifications
Qualifikationen

Address
Anschrift

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
Country Land

Phone number
Telefonnummer

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

Signature
Unterschrift

Date
Datum

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

Stamp (if applicable)
Stempel (falls zutreffend)

149 Returning this report
Rücksendung dieses Berichtes

Return address
Rücksendeadresse

Services Australia
International Services
Reply Paid 7809
CANBERRA BC ACT 2610
AUSTRALIA

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.

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.