

**CONVENTION BETWEEN THE REPUBLIC OF AUSTRIA AND THE  
REPUBLIC OF THE PHILIPPINES IN THE FIELD OF SOCIAL SECURITY**

**ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND DER  
REPUBLIK DER PHILIPPINEN IM BEREICH DER SOZIALEN SICHERHEIT**

**DETAILED MEDICAL REPORT  
AUSFÜHRLICHER ÄRZTLICHER BERICHT**

SSS-Number and/or GSIS-Policy Number  
SSS-Versicherungsnummer und/oder GSIS-Nummer

Austrian Insurance Number  
Österreichische Versicherungsnummer

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

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

C	M	-						
---	---	---	--	--	--	--	--	--

1.1	Competent Austrian pension insurance institution Zuständiger österreichischer Pensionsversicherungsträger	
1.1.1	Name Name	.....
1.1.2	Address <sup>(1)</sup> Adresse	.....
1.1.3	Reference Geschäftszeichen	.....

1.2	Person examined Untersuchte Person		
1.2.1	Surname Name	.....	
1.2.2	First name(s) Vorname(n)	Previous names Frühere Namen	Place of birth Geburtsort
1.2.3	Date of birth Geburtsdatum	Nationality Staatsangehörigkeit	Sex Geschlecht <input type="checkbox"/> M/M <input type="checkbox"/> F/W
1.2.4	Address <sup>(1)</sup> Adresse	.....	
1.2.5	Last occupation <sup>(2)</sup> Zuletzt ausgeübter Beruf	.....	
1.2.6	Date of submission of pension claim: Pensionsantrag gestellt am:	.....	
1.2.7	Date of submission of request for review on grounds of aggravation: Neuantrag wegen Verschlimmerung gestellt am:	.....	



3.2	Current chief complaints Derzeit vorrangige Beschwerden		
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
3.2.1	Doctor currently treating the patient Behandelnder Arzt	.....	
3.3	Current treatment Derzeitige Behandlung	.....	
.....			
.....			
.....			
.....			
3.4	Social and employment history <sup>(2)</sup> Arbeits- und Sozialanamnese	.....	
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
3.4.1	Is the insured person currently gainfully employed? Ist der Versicherte derzeit erwerbstätig?	Number of working hours: .....	
		Zahl der Arbeitsstunden: .....	
<input type="checkbox"/> Yes Ja		<input type="checkbox"/> No Nein	
Type of actual employment: Art der derzeitigen Erwerbstätigkeit:			
.....			
3.4.2	Accidents at work/Occupational diseases Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten	.....	
.....			
.....			
3.4.3	Type of last employment: Art der letzten Erwerbstätigkeit:	.....	
.....			
3.4.4	Unfit for work Arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> since (Date): .....	
		seit (Datum): .....	
Cessation of work Arbeitsaufgabe		<input type="checkbox"/> since (Date): .....	
		am (Datum): .....	

#### 4. Findings Befund

4.1	General physical condition: Allgemeinzustand:		
Height Größe		Weight Gewicht	
..... cm		..... kg	
Nutritional condition: Ernährungszustand:		<input type="checkbox"/> overweight übergewichtig	
		<input type="checkbox"/> underweight untergewichtig	
		<input type="checkbox"/> good gut	

Mucous membranes  
Schleimhäute

.....

Mental status, mood  
Seelischer Zustand

.....

Remarks  
Besonderheiten

.....

.....

.....

4.2 Head  
Kopf

.....

4.2.1 Vision  
Sehvermögen

.....

4.2.2 Hearing  
Hörvermögen

.....

4.2.3 other sensory organs  
Sonstige Sinnesorgane

.....

.....

4.3 Neck (external findings)  
Hals (äußerlich)

.....

4.3.1 Review of thyroid gland  
Schilddrüse

.....

4.3.2 Lymphatic nodes  
Lymphknoten

.....

4.3.3 Others  
Sonstige

.....

.....

4.4 Respiratory organs  
Atmungsorgane

.....

.....

.....

4.5 Circulatory system  
Kreislauforgane

.....

4.5.1 Heart  
Herz

.....

4.5.2 Pulse  
Puls

.....

4.5.3	Blood pressure (at rest) RR (in Ruhe)
.....	
4.5.4	Blood pressure (second measurement) RR (Kontrolle)
.....	
4.5.5	Peripheral blood vessels Peripheres Gefäßsystem
.....	
4.5.6	Oedema Ödeme
.....	
4.5.7	ECG (at rest) Ruhe-EKG
.....	
4.6	Abdomen Abdomen
.....	
4.6.1	Digestive system and linked endoabdominal organs Verdauungssystem und Bauchorgane
.....	
4.6.2	Liver Leber
.....	
4.6.3	Spleen Milz
.....	
4.6.4	Endocrine system Endokrines System
.....	
4.7	Genito-urinary system Harn- und Geschlechtsorgane
.....	
.....	
4.8	Locomotor and skeletal system (if necessary use Neutral-O method, page 6) Bewegungsapparat (gegebenenfalls nach der Neutral-O-Methode auf Seite 6)
4.8.1	Spine, neck and back Wirbelsäule
.....	
.....	
.....	
.....	
4.8.2	Upper limbs Obere Gliedmaßen
.....	
.....	
.....	
.....	

4.8.3 Lower limbs  
Untere Gliedmaßen

.....

.....

.....

.....

4.9 Presence of lymphatic nodes  
Nachweis von Lymphknotenschwellungen

.....

.....

.....

4.10 Neurologic findings  
Zentralnervensystem

.....

Movements:  
Bewegungen (Muskeltonus und -trophik):  unremarkable  
unauffällig  stiff  
steif  slowed  
verlangsamt  weak  
kraftlos

Gait:  
Gang:  unremarkable  
unauffällig  ponderous  
schwerfällig  impaired on right  
behindert rechts  impaired on left  
behindert links

.....

Reflexes  
Reflexstatus

.....

.....

4.11 Psychoautonomic symptoms  
Psychovegetative Symptomatik

.....

.....

.....

.....

.....

4.12 Other (Allergies etc.)  
Sonstiges (u.a. Allergien)

.....

.....

.....

.....

.....

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

5.1 Lung function  
Lungenfunktion

.....

.....

.....

5.2 Cardiac function/exercise ECG  
Herz-Kreislauf-Funktion/Belastungs-EKG

.....

.....

.....

.....

5.3	Doppler ultrasonography (Heart and vessels) Ultraschall-Dopplersonographie (Herz und Gefäße)	..... ..... .....
5.4	Imaging studies (please specify date) Bildgebende Verfahren (mit Datumsangaben)	.....
5.4.1	Findings in todays X-rays examination (Heutiger) Röntgenbefund	..... ..... .....
5.4.2	Earlier findings/ X-ray examinations done elsewhere Frühere Untersuchungsergebnisse bzw. Fremdbefunde	..... ..... ..... ..... .....
5.4.3	Ultrasonography (abdomen et al.) Sonographie (u.a. Abdomen)	..... ..... .....
5.4.4	MRI and special invertigations Kernspintomographie und sonstige fachspezifische Untersuchungen	..... ..... .....
5.5	Laboratory results Laborbefunde	..... ..... .....
5.6	Other tests Sonstige Untersuchungen	..... ..... .....

6. Additional sheet for further specialists findings (shall be filled in only if relevant)  
Einlegeblatt für weitere fachmedizinische Untersuchungen (nur auszufüllen, falls sachdienlich)



<b>7.</b>					
Diagnosis Diagnose ..... ..... ..... (ICD code recommended) (ICD-Diagnoseschlüssel, Verwendung wird empfohlen)					

<b>8.</b>					
Summary Zusammenfassende Beurteilung ..... ..... .....					
Course of disease Krankheitsverlauf ..... ..... ..... .....					
Damage to health Gesundheitsschäden ..... ..... ..... .....					
Functional deficits Funktionseinschränkungen ..... ..... ..... ..... .....					
Compared with previous report (dated .....) Im Vergleich zur Voruntersuchung (vom .....) <input type="checkbox"/> improvement hat sich der Zustand gebessert <input type="checkbox"/> worsening verschlechtert <input type="checkbox"/> no change nicht geändert					

<b>9.</b>					
The insured person ist still capable of regularly performing the following types of work: Der Versicherte kann die folgenden Tätigkeiten noch regelmäßig verrichten:					
<input type="checkbox"/> heavy schwere <input type="checkbox"/> average mittelschwere <input type="checkbox"/> light leichte					

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

- 10.1 Work can only performed without:  
Verrichtet werden dürfen Tätigkeiten nur ohne:
- |   |                          |                                    |                          |
|---|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Damp<br>Nässe   | <input type="checkbox"/> | Cold<br>Kälte                      | <input type="checkbox"/> |
| Heat<br>Hitze   | <input type="checkbox"/> | Noise<br>Lärm                      | <input type="checkbox"/> |
| Smoke, gases, vapours<br>Rauch, Gase, Dämpfe                                    | <input type="checkbox"/> |                                    |                          |
| Shifts<br>Wechselschicht  | <input type="checkbox"/> | Nightshifts<br>Nachtschicht        | <input type="checkbox"/> |
| Frequent bending, lifting, carrying objects<br>Bücken, Heben, Tragen von Lasten | <input type="checkbox"/> |                                    |                          |
| Climbing ramps, ladders or stairs<br>Klettern oder Steigen                      | <input type="checkbox"/> | Danger of falling<br>Absturzgefahr | <input type="checkbox"/> |

- 10.2 Work can only performed under the following conditions:  
Versicherte(r) darf nur Tätigkeiten verrichten:
- |   |                          |   |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Only in seated position<br>im Sitzen                                    | <input type="checkbox"/> | Only with additional breaks (in addition to the usual breaks)<br>mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen | <input type="checkbox"/> |
| Only indoors<br>in geschlossenen Räumen                                 | <input type="checkbox"/> | number and length of breaks<br>Anzahl und Länge der betriebsunüblichen Pausen                                 |                          |
|   |                          | .....   |                          |
| Work with varying body posture<br>mit wechselnder Körperhaltung         | <input type="checkbox"/> | Work varying between walking, standing, sitting<br>abwechselnd im Gehen, Stehen, Sitzen                       | <input type="checkbox"/> |
| Work only without particular time pressure<br>ohne besonderen Zeitdruck | <input type="checkbox"/> |   |                          |

- 10.3 The work performance is reduced because the insured person is restricted in using his/her sensory organs, hands, etc.  
Die Arbeitsleistung ist herabgesetzt, weil der/die Versicherte in der Gebrauchsfähigkeit seiner/ihrer Sinnesorgane Hände usw. eingeschränkt ist
- .....

is allergic against  
allergisch ist gegen

.....

**11. Further asks  
Ergänzende Fragen**

- 11.1 Can the insured person do video-screen work?  
Kann der/die Versicherte Bildschirmarbeit verrichten?  Yes Ja  No Nein
- If not, please specify the reason:  
Falls nein, Angabe der Gründe:
- .....

- 11.2 Can the insured person work without the support of another person at the working place?  
Kann der/die Versicherte Arbeit am Arbeitsplatz ohne Hilfe einer anderen Person verrichten?  Yes Ja  No Nein
- If not, please specify the reason:  
Falls nein, Angabe der Gründe:
- .....

- 11.3 Can the insured person work without the support of another person at home?  
Kann der/die Versicherte Arbeit zu Hause ohne Hilfe einer anderen Person verrichten?  Yes Ja  No Nein
- If not, please specify the reason:  
Falls nein, Angabe der Gründe:
- .....

11.4	Can the insured person work full time in his/her last occupation as ..... ? Kann der/die Versicherte seine/ihre letzte Tätigkeit als ..... vollschichtig verrichten?	<input type="checkbox"/> Yes Ja	<input type="checkbox"/> No Nein
	If not, please specify maximum working time (in hours or percentages of a working day): Falls nein, Angabe der höchstzulässigen Arbeitszeit (in Stunden oder als Prozentsatz eines Arbeitstages): .....		
11.5	Can adapted work be performed? Kann angepasste Arbeit verrichtet werden?	<input type="checkbox"/> Yes Ja	<input type="checkbox"/> No Nein
	If yes, please indicate some examples of adapted work: Falls ja, Angabe von angepassten Tätigkeiten als Beispiel: .....		
11.6	Can adapted work be performed full time? Kann angepasste Arbeit vollschichtig verrichtet werden?	<input type="checkbox"/> Yes Ja	<input type="checkbox"/> No Nein
	If not, specify maximum working time (in hours or percentages of a working day): Falls nein, Angabe der höchstzulässigen Arbeitszeit (in Stunden oder als Prozentsatz eines Arbeitstages): .....		
11.7	The invalidity for the last occupation is, under the legislation of the Philippines, Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit besteht nach den Rechtsvorschriften Philippiniens	<input type="checkbox"/> total vollständige	<input type="checkbox"/> partial teilweise Invalidität
	If partial, indicate the degree: Falls teilweise, Grad angeben: .....		
11.8	Degree of invalidity for any other work with reference to the aptitudes of the person concerned under the legislation of the Philippines: Nach den philippinischen Rechtsvorschriften Grad der Leistungsminderung für jede sonstige, den Fähigkeiten des Betreffenden entsprechende Tätigkeit: .....		
11.9	Category of invalidity under the legislation of the Philippines (Completely only if the medical examination was carried out with a view to the decision to be taken on a disability or invalidity pension claim): Art der Leistungsminderung nach den philippinischen Rechtsvorschriften (nur auszufüllen, wenn die ärztliche Untersuchung im Hinblick auf eine Entscheidung über einen Invaliditätspensionsantrag erfolgte): .....		
11.10	The established restrictions Die festgestellten Einsatzbeschränkungen bestehen		
	a) have been permanent since ..... auf Dauer seit .....		
	b) are temporary, from ..... to ..... auf Zeit von ..... bis .....		
11.11	Would it be possible to improve the present state of health? Kann eine Verbesserung des derzeitigen Gesundheitszustandes erzielt werden?	<input type="checkbox"/> Yes Ja	<input type="checkbox"/> No Nein
	<input type="checkbox"/> no answer possible Keine Antwort möglich		
	If yes, indicate the measures: Falls ja, durch welche Maßnahmen? ..... .....		
11.12	Are there possibilities to ameliorate the work capacity through: Kann eine Besserung der Leistungsfähigkeit bewirkt werden durch:	<input type="checkbox"/> medical training medizinische Rehabilitation	<input type="checkbox"/> vocational training berufliche Rehabilitation
	<input type="checkbox"/> Yes Ja	<input type="checkbox"/> No Nein	<input type="checkbox"/> no answer possible keine Antwort möglich

12.

Is re-examination necessary in the future?  
Ist eine Nachuntersuchung erforderlich?

Yes  
Ja

No  
Nein

If yes, please state when:  
Falls ja, wann?

.....

Doctor's signature  
Unterschrift des Arztes

Date, Seal  
Datum, Stempel

#### Explanatory Notes Hinweise

- (1) Postcode, Town, Street, Number, Country.  
Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
- (2) Please list as far as possible all the occupations in which the insured person has worked. This information is given after the statement of the person concerned.  
Nach Möglichkeit sind alle Berufe anzugeben, die der Versicherte ausgeübt hat. Diese Angaben beruhen auf der Erklärung des Betroffenen.