

# 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.

Bitten 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 2411

**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](https://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](https://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](https://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](https://servicesaustralia.gov.au/privacy)









**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:

- |          |   |                                     |                                    |
|----------|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <b>A</b> | Can the patient complete physically active tasks around their home and community without difficulty?<br>Kann der Patient Aufgaben, die eine körperliche Aktivität verlangen, in seinem Zuhause oder in seiner Gemeinde ohne Schwierigkeiten durchführen?  | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja |
| <b>B</b> | Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities?<br>Kann der Patient örtliche Einrichtungen zu Fuß (oder eigenständig in einem Rollstuhl) erreichen?   | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja |
| <b>C</b> | Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities without stopping to rest?<br>Kann der Patient örtliche Einrichtungen zu Fuß (oder eigenständig in einem Rollstuhl) ohne Ruhepause erreichen?   | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja |
| <b>D</b> | Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) from a carpark into a shopping centre or building without assistance?<br>Kann der Patient vom Parkplatz zu Fuß (oder eigenständig in einem Rollstuhl) ohne Hilfe in ein Einkaufszentrum oder Gebäude gelangen?   | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja |
| <b>E</b> | Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) around a shopping centre without assistance?<br>Kann sich der Patient in einem Einkaufszentrum zu Fuß (oder eigenständig in einem Rollstuhl) ohne Hilfe herumbewegen?  | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja |
| <b>F</b> | Can the patient climb a flight of stairs or mobilise in a wheelchair up a long, sloping ramp?<br>Kann der Patient Treppen steigen oder sich in einem Rollstuhl eine lange Rampe hinaufbewegen?  | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja |
| <b>G</b> | Can the patient use public transport without assistance?<br>Kann der Patient ohne Hilfe öffentliche Verkehrsmittel benutzen?  | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja |
| <b>H</b> | Is the patient physically capable of performing light household activities (e.g. folding and putting away laundry)?<br>Ist der Patient körperlich in der Lage, leichte Haushaltstätigkeiten auszuführen (z. B. Wäsche zusammenlegen und einsortieren)?  | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja |
| <b>I</b> | Can the patient undertake physical care activities such as showering or bathing and these activities do not prevent the person from undertaking a full range of activities in the same day?<br>Kann der Patient bzw. die Patientin Tätigkeiten der Körperpflege wie Baden oder Duschen ausführen, ohne dass dies die Person daran hindert, am selben Tag eine ganze Reihe von Aktivitäten zu unternehmen? | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja |
| <b>J</b> | Can the patient perform day to day household activities without difficulty (e.g. changing sheets on a bed or sweeping paths)?<br>Kann der Patient ohne Schwierigkeiten alltägliche Arbeiten im Haushalt durchführen (z. B. Bettwäsche wechseln oder Wege fegen)?  | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja |
| <b>K</b> | Can the patient move around inside the home without assistance?<br>Kann sich der Patient ohne Hilfe im Haus bewegen?  | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja |
| <b>L</b> | Does the patient require oxygen treatment during the day or to move around?<br>Benötigt der Patient tagsüber oder im Falle von Bewegung eine Sauerstoffbehandlung?  | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja |

**M** Describe any other impacts.  
Bitte beschreiben Sie jegliche weiteren Auswirkungen.


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

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

---

---

---

---

---

---

---

---

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

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

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

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

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

---

---

---

---

---

---

---

---

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

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

---

---

---

---

---

---

---

---







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  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

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.

<b>A</b>	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	<b>Go to E</b> <b>Bitte weiter mit E</b>
		Yes <input type="checkbox"/> Ja	<b>Go to B</b> <b>Bitte weiter mit B</b>
<b>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
<b>C</b>	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
<b>D</b>	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
<b>E</b>	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
<b>F</b>	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	<b>Go to K</b> <b>Bitte weiter mit K</b>
		Yes <input type="checkbox"/> Ja	<b>Go to G</b> <b>Bitte weiter mit G</b>
<b>G</b>	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
<b>H</b>	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
<b>I</b>	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
<b>J</b>	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
<b>K</b>	Is there restriction of some or all cervical spine movements? Sind gewisse oder sämtliche Bewegungen der Halswirbelsäule eingeschränkt?	No <input type="checkbox"/> Nein	<b>Go to P</b> <b>Bitte weiter mit P</b>
		Yes <input type="checkbox"/> Ja	<b>Go to L</b> <b>Bitte weiter mit L</b>
<b>L</b>	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
<b>M</b>	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
<b>N</b>	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
<b>O</b>	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
<b>P</b>	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	<b>Go to Q</b> <b>Bitte weiter mit Q</b>
		Yes <input type="checkbox"/> Ja	<b>Go to R</b> <b>Bitte weiter mit R</b>
<b>Q</b>	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
<b>R</b>	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.








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

**P** Is there any difficulty handling, moving or carrying most objects?  
Bestehen beim Handhaben, Bewegen oder Tragen der meisten  
Gegenstände Schwierigkeiten? No  **Go to R**  
Nein **Bitte weiter mit R**  
Yes  **Go to Q**  
Ja **Bitte weiter mit Q**

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










**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:

- |          |  |                                     |   |
|----------|--|-------------------------------------|---|
| <b>A</b> | Does the patient have difficulty walking?<br>Hat der Patient Schwierigkeiten beim Gehen?   | No <input type="checkbox"/><br>Nein | <b>Go to I</b><br><i>Bitte weiter mit I</i> |
|          |  | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja  | <b>Go to B</b><br><i>Bitte weiter mit B</i> |
| <b>B</b> | Can the patient walk to local facilities without difficulty?<br>Kann der Patient ohne Schwierigkeiten örtliche Einrichtungen zu Fuß erreichen?   | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja          |
| <b>C</b> | Can the patient walk without difficulty around a shopping mall or supermarket without a rest?<br>Kann sich der Patient in einem Einkaufszentrum oder Supermarkt ohne Schwierigkeiten und ohne Ruhepause zu Fuß bewegen?  | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja          |
| <b>D</b> | How far can the patient walk outside their home?<br>Wie weit kann sich der Patient zu Fuß von seinem Zuhause entfernen?  |                                     |   |
| <b>E</b> | Does the patient need to drive or use other transport to get to local shops and facilities?<br>Ist der Patient auf das Autofahren oder auf die Nutzung anderer Verkehrsmittel angewiesen, um Einkaufsmöglichkeiten oder örtliche Einrichtungen zu erreichen?                                 | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja          |
| <b>F</b> | Does the patient need assistance to walk around a shopping centre or supermarket?<br>Ist der Patient bei seiner Bewegung im Einkaufszentrum oder im Supermarkt auf Hilfe angewiesen?   | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja          |
| <b>G</b> | Does the patient need assistance to walk from a car park into a shopping centre or supermarket?<br>Ist der Patient bei seinem Fußweg vom Parkplatz in ein Einkaufszentrum oder in einen Supermarkt auf Hilfe angewiesen?   | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja          |
| <b>H</b> | Is the patient unable to mobilise independently?<br>Ist der Patient unfähig, sich eigenständig zu bewegen?   | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja          |
| <b>I</b> | Does the patient use a lower limb prosthesis or a walking stick?<br>Benutzt der Patient eine Prothese der unteren Extremitäten oder einen Gehstock?  | No <input type="checkbox"/><br>Nein | <b>Go to K</b><br><i>Bitte weiter mit K</i> |
|          |  | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja  | <b>Go to J</b><br><i>Bitte weiter mit J</i> |
| <b>J</b> | Can the patient mobilise effectively using the prosthesis or walking stick?<br>Kann sich der Patient mit Hilfe der Prothese oder des Gehstocks effektiv fortbewegen?   | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja          |
| <b>K</b> | Does the patient use a wheelchair?<br>Benutzt der Patient einen Rollstuhl?   | No <input type="checkbox"/><br>Nein | <b>Go to N</b><br><i>Bitte weiter mit N</i> |
|          |  | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja  | <b>Go to L</b><br><i>Bitte weiter mit L</i> |
| <b>L</b> | Can the patient use the wheelchair independently?<br>Kann der Patient den Rollstuhl eigenständig benutzen?   | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja          |
| <b>M</b> | Can the patient transfer to and from the wheelchair without assistance?<br>Kann der Patient ohne Hilfe in den Rollstuhl einsteigen und aus dem Rollstuhl aussteigen?   | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja          |
| <b>N</b> | Does the patient use walking aids (e.g. quad stick, crutches or walking frame)?<br>Benutzt der Patient Gehhilfen (z. B. Mehrfußgehilfen, Krücken oder Gehrahmen)?  | No <input type="checkbox"/><br>Nein | <b>Go to Q</b><br><i>Bitte weiter mit Q</i> |
|          |  | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja  | <b>Go to O</b><br><i>Bitte weiter mit O</i> |
| <b>O</b> | Does the patient move around independently using walking aids?<br>Kann sich der Patient mit den Gehhilfen eigenständig bewegen?  | No <input type="checkbox"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>Ja          |
| <b>P</b> | Does the patient require assistance to move around using walking aids, (i.e. need assistance from another person to walk on some surfaces)?<br>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"/><br>Nein | Yes <input type="checkbox"/><br>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.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



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

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

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

Name

Qualifications

Address

Country   
 Land

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

Date(s) the patient has consulted this registered psychologist.        
 Datum/Daten der Konsultation der Person mit dem zugelassenen Psychologen.

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.        
 Bei mehr als vier Terminen den ersten Termin und den letzten Termin angeben.

**Datum/Daten der Konsultation der Person mit dem zugelassenen Psychologen.**  
**Bei mehr als vier Terminen den ersten Termin und den letzten Termin angeben.**

 **Attach a report from this registered psychologist. This report MUST be attached.**  
**Fügen Sie einen Bericht dieses zugelassenen Psychologen bei. Dieser Bericht MUSS beigefügt werden.**

**Go to next question**  
**Bitte weiter zur nächsten Frage**

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

**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.



**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

<b>1</b>	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"/>

<b>2</b>	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"/>

<b>3</b>	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       3-24 months       More than 24 months   
 Weniger als 3 Monate      3-24 Monate      Länger als 24 Monate

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

Resolve   
 Wird behoben sein

Significantly improve   
 Wesentliche Besserung

Slightly improve   
 Leichte Besserung

Fluctuate   
 Kondition schwankend

Remain unchanged   
 Keine Änderung

Deteriorate   
 Verschlechterung

Uncertain   
 Ungewiss

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**113** Is this condition episodic or fluctuating?  
 Tritt dieser Zustand schwankend oder 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.  
 Ja  Beschreiben Sie die Häufigkeit, Dauer und Schwere der Episoden bzw. wie der medizinische Zustand schwankt. Bitte machen Sie eine Anmerkung zur Erwerbsfähigkeit während und zwischen Episoden oder zu Symptomschwankungen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Other information / Sonstige Informationen

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

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....









**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
<b>1</b>		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Nein	Ja	
<b>2</b>		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Nein	Ja	
<b>3</b>		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Nein	Ja	
<b>4</b>		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				
8–14 hrs per week 8–14 Wochenstunden				
15–29 hrs per week 15–29 Wochenstunden				
30+ hrs per week Über 30 Wochenstunden				

#### Type of work / Art der Arbeit

Suggested suitable work  
Vorschläge für geeignete Arbeit


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


**143** Indicate your assessment of the patient's capacity to do any work WITH INTERVENTION programs:  
 i.e. WITH programs that **are** specifically designed for people with physical, intellectual or psychiatric impairments (e.g. vocational rehabilitation, 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   

---

  

---

  

---

  
Country  
Land

Phone number  
Telefonnummer

Signature  
Unterschrift 

Date  
Datum

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.