Formular-Adaption auf den Standard
Forum Datenaustausch durch
medForms.ch
© 2014, alle Rechte vorbehalten

**VERWALTUNGSKOMMISSION
FÜR SOZIALE SICHERHEIT
DER WANDERARBEITNEHMER**

**Bitte «Hinweise» auf Seite 10 beachten!**

**E 213** **CH**

# AUSFÜHRLICHER ÄRZTLICHER BERICHT

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 39 bis 41; Artikel 43a; Artikel 87

## 1.1 Träger, für den der Bericht bestimmt ist

1.1.1 Bezeichnung

1.1.2 Anschrift [2]

Land Schweiz Telefon, Mail

1.1.3 Geschäftszeichen

## 1.2 Untersuchte Person

1.2.1 Name [3]

1.2.2 Vornamen

Frühere Namen [3]

Geburtsort [4]

1.2.3 Geburtsdatum | Geschlecht | Staatsangehörigkeit | D.N.I. [5]

Schweiz

1.2.4 Anschrift [2]

Land Schweiz Telefon, Mail

1.2.5 Zuletzt ausgeübter Beruf [6]

1.2.6 Versicherungsnummer

1.2.7 Rentennummer

1.2.8 Aktenzeichen

1.2.9 Rentenantrag gestellt am

1.2.10 Neuantrag wegen Verschlimmerung gestellt am

## 1.3 Ärztlicher Bericht, angefertigt von Dr. med.

1.3.1 Name

1.3.2 Anschrift [2]

Land Schweiz Telefon, Mail

1.3.3 Vertrauensarzt des/der [7]

## 1.4 Träger, der die Untersuchung veranlasst hat

1.4.1 Bezeichnung

1.4.2 Anschrift [2]

Land Schweiz Telefon, Mail

1.4.3 Aktenzeichen

1.4.5 Datum

1.4.6 Unterschrift

© 2014, alle Rechte vorbehalten

2.1 Gutachten beruht auf eigener Untersuchung vom

2.2 Gutachten beruht auf Befundberichten vom

## 3 Vorgeschichte

3.1 Medizinische Anamnese

3.2 Derzeit vorhandene Beschwerden

3.2.1 Behandelnder Arzt

3.3 Derzeitige Behandlung

3.4 Arbeits- und Sozialanamnese (6)

3.4.1 Ist der Versicherte derzeit erwerbstätig?

☐ nein ☐ ja Zahl der Arbeitsstunden

Art der derzeitigen Erwerbstätigkeit

3.4.2 Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten

3.4.3 Art der letzten Erwerbstätigkeit

3.4.4 Arbeitsunfähig ☐ ja seit

Arbeitsaufgabe ☐ ja am

© 2014, alle Rechte vorbehalten

## 4 Befund

4.1 Allgemeinzustand

Grösse cm Gewicht kg

Ernährungszustand ☐ gut ☐ übergewichtig ☐ untergewichtig

Schleimhäute

Haut

Seelischer Zustand

Besonderheiten

4.2 Kopf

4.2.1 Sehvermögen

4.2.2 Hörvermögen

4.2.3 Sonstige Sinnesorgane

4.3 Hals (äusserlich)

4.3.1 Schilddrüse

4.3.2 Lymphknoten

4.3.3 Sonstige

4.4 Atmungsorgane

4.5 Kreislauforgane

4.5.1 Herz

4.5.2 Puls

4.5.3 RR (in Ruhe)

4.5.4 RR (Kontrolle)

4.5.5 Peripheres Gefäßsystem

4.5.6 Ödeme

4.5.7 Ruhe-EKG

4.6 Abdomen

4.6.1 Verdauungssystem&Bauchorgane

4.6.2 Leber

4.6.3 Milz

4.6.4 Endokrines System

4.7 Harn- und Geschlechtsorgane

© 2014, alle Rechte vorbehalten

4.8 Bewegungsapparat (gegebenenfalls nach der Neutral-O-Methode auf Seite 5)

4.8.1 Wirbelsäule

4.8.2 Obere Gliedmassen

4.8.3 Untere Gliedmassen

4.9 Nachweis von Lymphknotenschwellungen

4.10 Neurologischer Befund

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Bewegungen (Muskeltonus und –trophik) | ☐ unauffällig | ☐ steif | ☐ verlangsamt | ☐ kraftlos |
| Gang | ☐ unauffällig | ☐ schwerfällig | ☐ behindert rechts | ☐ behindert links |

Reflexstatus

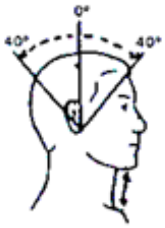
4.11 Psychovegetative Symptomtik

4.12 Sonstige (u.a. Allergien)

© 2014, alle Rechte vorbehalten

## 4. Messblatt für den Bewegungsapparat nach der Neutral-0-Methode

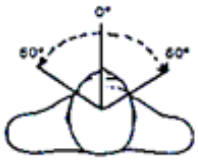
### Wirbelsäule



Streckung/Beugung
40-0-40

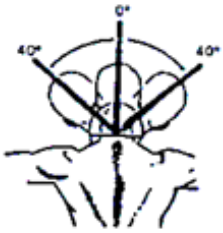
o

Kinn-Jugulum-Abstand cm



Rotation re/li
60-0-60

o



Seitenneigung re/li
40-0-40

o

Schober
8-10-15 cm

-10- cm

FBA cm

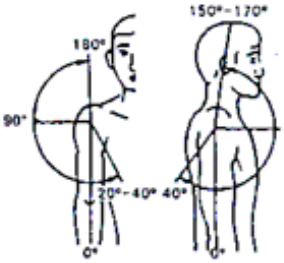
Rotation re/li
50-0-50

o

Seitenneigung re/li
30-0-30

o

### Schultergelenk



Ab-/Adduktion
160-0-40

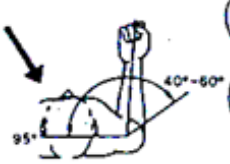
R o

L o

Rotation ausw./einw.
50-0-95

R o

L o

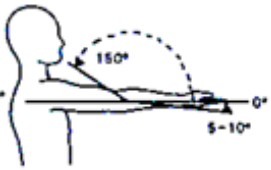


Rückwärts/Vorwärts
40-0-160

R o

L o

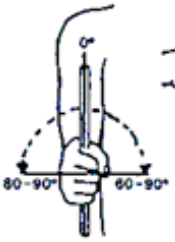
### Ellbogengelenk



Streckung/Beugung
10-0-150

R o

L o

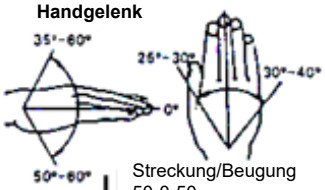


Supi-/Pronation
85-0-85

R o

L o

### Handgelenk



Streckung/Beugung
50-0-50

R o

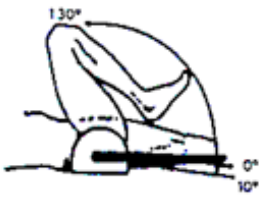
L o

Ab-/Adduktion
35-0-20

R o

L o

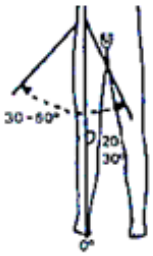
### Hüftgelenk



Extension/Flexion
10-0-130

R o

L o

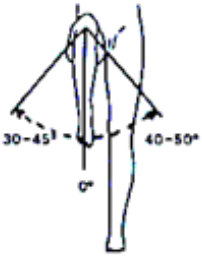


Ab-/Adduktion
50-0-25

R o

L o

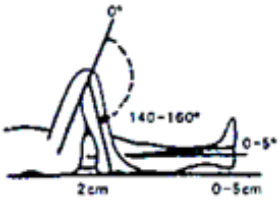
### Kniegelenk



Aussen-/innenrotation
35-0-45

R o

L o

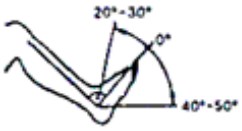


Streckung/Beugung
50-0-150

R o

L o

### Ob. Sprunggelenk



Streckung/Beugung
40-0-25

R o

L o

| Umfangmasse in cm | R | L |
|---|---|---|
| Oberamem(15cm ob. Epic. lat.) | | |
| Ellenbogengelenk | | |
| Unterarm (10cm u. Epic. lat.) | | |
| Handgelenk | | |
| Mittelhand (ohne Daumen) | | |

| Umfangmasse in cm | R | L |
|---|---|---|
| Oberschenkel 20cm ob. inn. Knie-Gelenkspalt | | |
| Kniescheibenmitte | | |
| Unterschenkel 15cm unterh. inn. Gelenkspalt | | |
| Unterschied kleinster Unfang | | |
| Knöchel | | |

© 2014, alle Rechte vorbehalten

## 5 Funktionsprüfungen und sonstige fachmedizinische Untersuchungen (soweit erforderlich)

### 5.1 Lungenfunktion

### 5.2 Herz-Kreislauf-Funktion/Belastungs-EKG

### 5.3 Ultraschall-Dopplersonographie (Herz und Gefäße)

### 5.4 Bildgebende Verfahren (mit Datumsangaben)

#### 5.4.1 (Heutiger) Röntgenbefund

#### 5.4.2 Frühere Untersuchungsergebnisse bzw. Fremdbefunde

#### 5.4.3 Sonographie (u.a. Abdomen)

#### 5.4.4 Kernspintomographie und sonstige fachspezifische Untersuchungen

### 5.5 Laborbefunde

### 5.6 Sonstige Untersuchungen

© 2014, alle Rechte vorbehalten

## 6 Weitere fachmedizinische Untersuchungen (soweit erforderlich)

## 7 Diagnose (Verwendung von ICD-Diagnoseschlüssel wird empfohlen)

| | Typ | Code | Bezeichnung |
|---|---|---|---|
| X | | | |
| X | | | |
| X | | | |
| X | | | |

## 8 Zusammenfassende Beurteilung

Krankheitsverlauf

Gesundheitsschäden

Funktionseinschränkungen

Im Vergleich zur Voruntersuchung (vom )

☐ hat sich der Zustand gebessert ☐ verschlechtert ☐ nicht geändert

## 9 Der Versicherte kann die folgenden Tätigkeiten noch regelmässig verrichten:

☐ schwere ☐ mittelschwere ☐ leichte

© 2014, alle Rechte vorbehalten

## 10 Folgende Einsatzbeschränkungen sind zu berücksichtigen

10.1 Verrichtet werden dürfen nur Tätigkeiten ohne

- ☐ Nässe
- ☐ Kälte
- ☐ Hitze
- ☐ Lärm
- ☐ Rauch, Gase, Dämpfe
- ☐ Wechselschicht
- ☐ Nachtschicht
- ☐ Bücken, Heben, Tragen von Lasten
- ☐ Klettern oder Steigen
- ☐ Absturzgefahr

10.2 Versicherte(r) darf nur Tätigkeiten verrichten

- ☐ im Sitzen
- ☐ in geschlossenen Räumen
- ☐ mit wechselnder Körperhaltung
- ☐ ohne besonderen Zeitdruck
- ☐ mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen

Anzahl und Länge der betriebsunüblichen Pausen

/ min

- ☐ abwechselnd im Gehen, Stehen, Sitzen

10.3 Die Arbeitsleistung ist herabgesetzt, weil der/die Versicherte in der Gebrauchsfähigkeit seiner/ihrer Sinnesorgane

Hände usw. eingeschränkt ist

allergisch ist gegen

## 11 Ergänzende Fragen

11.1 Kann der/die Versicherte Bildschirmarbeit verrichten?

☐ nein ☐ ja

Falls nein, Angabe der Gründe

11.2 Kann der/die Versicherte Arbeit am Arbeitsplatz ohne Hilfe einer anderen Person verrichten?

☐ nein ☐ ja

Falls nein, Angabe der Gründe

11.3 Kann der/die Versicherte Arbeit zu Hause ohne Hilfe einer anderen Person verrichten?

☐ nein ☐ ja

Falls nein, Angabe der Gründe

11.4 Kann der/die Versicherte seine/ihre letzte Tätigkeit als

vollschichtig verrichten?

☐ nein ☐ ja

Falls nein, Angabe der höchstzulässigen Arbeitszeit h

11.5 Kann angepasste Arbeit verrichtet werden?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, Angabe von angepassten Tätigkeiten als Beispiel

11.6 Kann angepasste Arbeit vollschichtig verrichtet werden?

☐ nein ☐ ja

Falls nein, Angabe der höchstzulässigen Arbeitszeit h

11.7 Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit besteht nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes

☐ teilweise Invalidität ☐ vollständige Invalidität

Falls teilweise, Grad angeben %

(betrifft nicht Deutschland und die Niederlande)

© 2014, alle Rechte vorbehalten

11.8 Nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes Grad der Leistungsminderung für jede sonstige den Fähigkeiten des Betreffenden entsprechende Tätigkeit

(Betrifft nicht Deutschland, Irland, Luxemburg und die Niederlande)

11.9 Art der Leistungsminderung nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes

(nur auszufüllen, wenn die ärztliche Untersuchung im Hinblick auf eine Entscheidung über einen Invaliditätsrentenantrag erfolgte)

(Betrifft nicht Deutschland und die Niederlande)

11.10 Die festgestellten Einsatzbeschränkungen bestehen

a) auf Dauer seit

b) auf Zeit von bis

11.11 Kann eine Verbesserung des derzeitigen Gesundheitszustandes erzielt werden?

☐ nein ☐ ja ☐ keine Antwort möglich

Falls ja, durch welche Massnahmen?

11.12 Kann eine Besserung der Leistungsfähigkeit bewirkt werden durch: ☐ medizinische Rehabilitation? ☐ berufliche Rehabilitation?

☐ nein ☐ ja ☐ keine Antwort möglich

12 Ist eine Nachuntersuchung erforderlich?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, wann

Datum

Unterschrift _____

© 2014, alle Rechte vorbehalten



## HINWEISE

**Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen.**
**Er umfasst sieben Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.**

## ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstaben des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik, DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland, GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern, LV = Lettland, LU = Lu- xemburg; HU = Ungarn, MI = Malta, NL = Niederlande; AT = Osterreich, PL = Polen, PT = Portugal; SI = Slowenien, SK = Slowakei, FI = Finn- land, SE = Schweden, UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.

(2) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land, Telefonnummer.

(3) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Geburtsnamen anzugeben. Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge an- zugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.

(4) Bei portugiesischen Orten sind auch Gemeinde (freguesia) und Kreis (concelho> anzugeben.

(5) Je nach Empfängerträger erforderliche Angaben: für tschechische Träger die Geburtsnummer; für zyprische Träger bei zyprischen Staatsangehörigen die zyprische Identifikationsnummer, bei nicht zyprischen Staatsangehörigen die Nummer der Ausländermeldebescheinigung (Alien Registration Cetrificate — ARC); für dänische Träger, die CPR-Nummer; für finnische Träger die finnische Bevölkerungsregisternummer; für schwedische Träger die schwedische Personennummer (personnummer); für isländische Träger die isländische persönliche Identifizierungsnummer (kennitala); für liechtensteinische Träger die AHV-Versicherungsnummer; für litauische Träger die persönliche Identifizierungsnummer; für lettische Träger die Identitätsnummer; für ungarische Träger die TAJ-Nummer; für maltesische Träger bei maltesischen Staatsangehörigen die Nummer des Personalausweises und bei nicht maltesischen Staatsangehörigen die maltesische Sozialversicherungsnummer; für norwegische Träger die norwegische persönliche Identifizierungsnummer (fodselsnummer); für belgische Träger die nationale Sozialversicherungsnummer (NISS); für deutsche Träger des allgemeinen Systems die Versicherungsnummer (VSNR), für Träger des Beamtensondersystems die Personenkenn-Nummer (PSR-Kenn-Nr.>; für spanische Träger sind — falls vorhanden — bei spanischen Staatsangehörigen die auf dem spanischen Personalausweis D.N. 1. (Documento Nacional de Identidad> vermerkte Nummer und bei Ausländern deren Identifizierungsnummer NIE. (Ntimero de Identificaciön de Extranjeros) anzugeben, auch dann, wenn der Ausweis abgelaufen ist; falls nicht vorhanden, ist ,,KEINE anzugeben; für österreichische Träger die österreichische Versicherungsnummer (VSNR>; für polnische Träger das Aktenzeichen des Rentenvorgangs der Person, die bereits eine Rente aus dem polnischen Sozialversicherungssystem beantragt oder einen Rentenanspruch begründet hat, bei einer Person, die erstmals eine polnische Rente beantragt, die PESEL- und NIP- oder NKP-Nummer (NKP-Nummer falls die betreffende Person der Sozialversicherung für Landwirte unterliegt); falls keine dieser Nummern vorhanden ist, sind Serie und Nummer des Personalausweises oder des Reisepasses anzugeben; für portugiesische Träger die Registrierungsnummer im allgemeinen Rentensystem, und ob die betreffende Person beim portugiesischen Beamtensondersystem versichert war; für slowakische Träger die Geburtsnummer; für slowenische Träger die persönliche Identifizierungsnummer (EMSO); für schweizerische Träger die AVS/AI(AHV/IV> — Versicherungsnummer.

(6) Nach Möglichkeit sind alle Berufe anzugeben, die der Versicherte ausgeübt hat. Diese Angaben beruhen auf der Erklärung des Betreffenden. Gegebenenfalls sind Einlegeblätter zu verwenden.

(7) Betrifft nicht Norwegen.

(8) Für polnische Träger ist Feld 1 des Einlegeblatts 4 auszufüllen.

© 2014, alle Rechte vorbehalten

E 213 Einlegeblatt 1 NL

## ERGÄNZENDE AUSKÜNFTE FÜR NIEDERLÄNDISCHE TRÄGER

| | Fragen | Antworten | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kann der Versicherte | Nein | Ausnahms-weise | Gelegentlich | Regelmässig | Vollzeitig/un-eingeschränkt |
| 1. | Sitzen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. | Stehen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. | Gehen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. | Knien, Kriechen, Hocken | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. | Gebückt arbeiten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. | In kurzem Wechselrhythmus Bücken/Drehen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. | Den Nacken beanspruchen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. | Mit gestreckten Armen arbeiten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. | Überkopfarbeiten verrichten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. | Die Hände/Finger gebrauchen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. | Heben und Tragen max. kg | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12. | In einer Umgebung arbeiten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | – mit plötzlichen Temperaturschwankungen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | – mit hoher relativer Feuchtigkeit (> 90 %) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | – mit niedriger rel. Feuchtigkeit (< 35 %) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | – mit starker Zugluft | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13. | Intensive Hautkontakte mit festen und flüssigen Stoffen vertragen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14. | Vibrationen ertragen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15. | Schutzkleidung tragen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16. | Ein vorgegebenes Arbeitstempo durchhalten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17. | Erzwungene Untätigkeit ertragen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18. | Arbeitsbezogene Konfliktsituationen beherrschen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 19. | Mit Konfliktsituationen fertig werden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 20. | Monotone Arbeiten verrichten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 21. | Sich rasch wiederholende Arbeitsgänge erledigen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 22. | Verantwortung tragen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 23. | Allein arbeiten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 24. | Mit anderen zusammen arbeiten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

© 2014, alle Rechte vorbehalten

E 213 Einlegeblatt 2 UK

## EINLEGEBLATT FÜR DIE TRÄGER DES VEREINIGTEN KÖNIGREICHES

**A. In allen Fällen auszufüllen**

1. Name und Anschrift des Arztes der in Feld 1.2 genannten Person

**B. Auszufüllen bei geistiger oder psychischer Erkrankung der betreffenden Person**

2. Weist die betreffende Person eine der folgenden Krankheiten oder Behinderungen auf, ist das entsprechende Kästchen anzukreuzen.

- ☐ Geistige oder psychische Erkrankungen (falls ja, welche?):
- ☐ Persönlichkeitsstörung beträchtlichen Ausmaßes
- ☐ Stark ausgeprägte Lernunfähigkeit
- ☐ Alkohol- oder Drogenmissbrauch
- ☐ Beeinträchtigung der Hirnfunktion infolge organischer Erkrankung oder Hirnverletzung

Falls ein Kästchen unter Ziffer 2 angekreuzt wurde, sind die Fragen 3 bis 7 zu beantworten

3. Haben sich bei der betreffenden Person in den letzten sechs Monaten paranoide Symptome, Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder andere eindeutig psychotische Symptome/Verhaltensweisen manifestiert?

☐ nein ☐ ja

4. Steht die Person unter oral oder parental verabreichten Depotantipsychotika?

☐ nein ☐ ja

5. Bedarf die Person wegen der Folge des unter 2 angekreuzten Zustandes ständiger Aufsicht oder Pflege?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wird ständige häusliche oder stationäre Aufsicht gestellt?

☐ Häusliche Aufsicht ☐ Stationäre Aufsicht

6. Wird die Person an mindestens einem Tag der Woche in einer Tagesstätte (mit ständiger qualifizierter Pflege) betreut?

☐ nein ☐ ja

7. Name und Anschrift des hinzugezogenen Psychiaters:

8. Bemerkungen, die bei der Bemessung des Schweregrades des geistigen oder seelischen Leidens hilfreich sein können, selbst wenn keines der Kästchen unter Ziffer 2 angekreuzt wurde:

© 2014, alle Rechte vorbehalten

E 213 Einlegeblatt 3 NO

## ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR NORWEGISCHE TRÄGER

1. Haben andere Faktoren als Krankheit die Leistungsminderung mit verursacht (welche und in welchem Ausmaß)?

2. Hat der Patient unmittelbar vor der derzeitigen Leistungsminderung Teilzeittätigkeiten als Heimarbeiter und als Arbeitnehmer/ Selbständiger ausgeübt?

   ☐ nein ☐ ja

3. Entstehen dem Patienten dauernde oder krankheitsbedingte Sonderaufwendungen für Fortbewegung, Diät usw., die von einem System der sozialen Sicherheit nicht voll oder teilweise übernommen werden.

   ☐ nein ☐ ja

   Falls ja, Auflistung der Sonderaufwendungen nach Art und Höhe:

© 2014, alle Rechte vorbehalten

E 213 Einlegeblatt 4 PL

## ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR POLNISCHE TRÄGER

1. Auskünfte zu Nummer 4.10 ,,Neurologischer Befund":

Muskeltonus ☐ normal ☐ erhöht ☐ verringert

Muskelkraft ☐ normal ☐ verringert (Adynamie)

Beweglichkeit

2. Ursache der Funktionsschädigung:

☐ Arbeitsunfall?

☐ Wegeunfall?

☐ Unfall unter besonderen Umständen?

☐ Dienstunfall? Unfallzeitpunkt:

☐ Berufskrankheit? Zeitpunkt des Ausbruchs der Berufskrankheit:

☐ andere Umstände (bitte näher ausführen)?

3.1 Ist die untersuchte Person ständig oder langfristig auf die Hilfe anderer angewiesen?

☐ nein ☐ ja, in folgenden Bereichen:

- ☐ Mobilität zu Hause
- ☐ Zubereitung und Aufnahme von Mahlzeiten
- ☐ persönliche Hygiene
- ☐ Verrichtung von Körperfunktionen
- ☐ Bewältigung täglicher Verrichtungen außerhalb des Hauses

3.2 Ist der geistige Zustand der untersuchten Person Grund dafür, dass sie ständig oder langfristig der Hilfe anderer bedarf?

☐ nein ☐ ja, weil:

4. Auszufüllen bei geistiger oder psychischer Erkrankung der betreffenden Person

4.1 Weist die betreffende Person eine der folgenden Krankheiten oder Behinderungen auf, ist das entsprechende Kästchen anzukreuzen:

☐ Geistige oder psychische Erkrankungen (falls ja, welche?):

☐ Persönlichkeitsstörung beträchtlichen Ausmaßes

☐ Stark ausgeprägte Lernunfähigkeit

☐ Alkohol- oder Drogenmissbrauch

☐ Beeinträchtigung der Hirnfunktion infolge organischer Erkrankung oder Hirnverletzung

Falls ein Kästchen unter Ziffer 4.1 angekreuzt wurde, sind die Fragen 4.2 bis 4.6 zu beantworten.

© 2014, alle Rechte vorbehalten



4.2 Haben sich bei der betreffenden Person in den letzten sechs Monaten paranoide Symptome, Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder andere eindeutig psychotische Symptome/Verhaltensweisen manifestiert?

☐ nein ☐ ja

4. 3 Steht die Person unter Neuroleptika und/oder anderen Psychopharmaka, die oral oder als Depotinjektion verabreicht werden?

☐ nein ☐ ja

4.4 Bedarf die Person wegen des unter 4.1 angekreuzten Zustandes ständiger Aufsicht oder Pflege?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wird ständige häusliche oder stationäre Aufsicht gestellt?

☐ Häusliche Aufsicht ☐ Stationäre Aufsicht

4. 5 Wird die Person an mindestens einem Tag der Woche in einer Tagesstätte (mit ständiger qualifizierter Pflege) betreut?

☐ nein ☐ ja

4.6 Name und Anschrift des hinzugezogenen Psychiaters:

4.7 Bemerkungen, die bei der Bemessung des Schweregrads des geistigen oder seelischen Leidens hilfreich sein können, selbst wenn keines der Kästchen unter Nummer 4A angekreuzt wurde:

© 2014, alle Rechte vorbehalten

E 213 Einlegeblatt 5 HU

## ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR UNGARISCHE TRÄGER

1. Bedarf die Person ständiger Aufsicht oder Pflege?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wird ständige häusliche oder stationäre Aufsicht gestellt?

☐ Häusliche Aufsicht ☐ Stationäre Aufsicht

2. Bei welchen Tätigkeiten benötigt die Person Hilfe?

3. Benötigt die Person therapeutisches Gerät?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welches?