

**Referenznummer:** .....  
(der Verwaltung vorbehalten)

◆ ◆ ◆ ◆ ◆  
**Medizinische**

◆ ◆ ◆ ◆ ◆  
**Informationen**



**Angaben zum(r) Antragsteller(in):**

**Name, Vorname:** .....

**Geburtsdatum :** ..... / ..... / .....

**Wohnort :** .....

**Angaben zum ausfüllenden Arzt:**

**Name:** .....

**Fachrichtung:** .....

**Unterschrift:**                      **Stempel:**      **Datum** .....

***Diesen Informationen können zusätzliche Fachberichte, welche Informationen über die Behinderung im Hinblick auf die gestellte Anfrage liefern, beigelegt werden.***

# Medizinische Informationen

**Diese Informationen sind die Grundlage zur Erstellung des Fähigkeitsprofils und zur Feststellung der Fähigkeitsstörungen aufgrund eines Antrages der betroffenen Person bei der Dienststelle für Personen mit Behinderung. Die Informationen ermöglichen es der Dienststelle, folgende angepasste Maßnahmen zu treffen:**

- eine materielle oder soziale Hilfe
- eine berufliche Orientierung, Eingliederung, Ausbildung und/oder Umschulung
- eine Unterbringung einer Personen mit geistiger Behinderung
- .....
- .....

## INHALTSVERZEICHNIS

**Dieses Inhaltsverzeichnis kann dem Arzt beim Ausfüllen dieses Dokuments behilflich sein.**

Seite 2	<b>I. Allgemeine Informationen</b>	<i>(bitte immer ausfüllen)</i>
Seite 3	<b>II. Körperliche Erkrankungen</b>	<i>(bitte immer ausfüllen, wenn eine körperliche Erkrankung vorliegt ansonsten bitte zu Punkt III. Seite 7 übergehen)</i>
Seite 7	<b>III. Psychische Erkrankungen, geistige Einschränkungen, Intelligenzdefizite</b>	<i>(bitte immer ausfüllen, wenn eine psychische Erkrankung oder eine geistige Behinderung vorliegt ansonsten bitte zu Punkt IV. Seite 11 übergehen)</i>
Seite 11	<b>IV. Einschätzung der motorischen und sensorischen Fähigkeiten</b>	<i>(bitte immer ausfüllen, wenn es sich um einen Antrag auf materielle Hilfen oder berufliche Eingliederung handelt und bei Personen über 65 Jahren ansonsten bitte zu Punkt V. auf Seite 15 übergehen)</i>
Seite 15	<b>V. Arbeitsumstände</b>	<i>(bitte immer ausfüllen, wenn es sich um eine Anfrage auf eine berufliche Orientierung handelt)</i>



## **II. Körperliche Erkrankungen:**

(bitte immer ausfüllen, wenn eine körperliche Erkrankung vorliegt ansonsten bitte zu Punkt III. auf Seite 7 übergehen)

### **II.1. ANGABEN ZU DEN KÖRPERLICHEN ERKRANKUNGEN, WELCHE FÜR DEN ANTRAG RELEVANT SIND:**

(Bitte jede Diagnose einzeln in nachfolgenden Punkten auflisten.)

#### **II.1.1. Erste DIAGNOSE:**

**a) Welche Diagnose und wann wurde sie erstellt?** (Es handelt sich um die festgestellten Erkrankungen körperlicher und / oder sensitiver Art. Eine genaue Umschreibung und Bezeichnung ist erwünscht.)

.....  
.....  
.....

#### **b) URSPRUNG:**

- konstitutionell
- erworben
  - pränatal
  - perinatal
  - postnatal
- Krankheit
- Unfall
- Krieg
- Berufskrankheit
- psycho-sozial
- unbekannt
- andere : .....

**c) ICD Kode ( fakultativ):** (Bei körperlichen Erkrankungen wird der ICD Kode 9 angewandt.)

**ICD Kode:** .....

**d) PROGNOSE:** (Hier sollte eine kurz- bis mittelfristige (5 Jahre) Prognose gestellt werden.)

- fortschreitend
- stabilisiert
- durch therapeutische Maßnahmen positiv zu beeinflussen
- Remission
- unbekannt

#### **e) BEHANDLUNG:**

- a) vorangegangene Behandlung:  
.....
- b) jetzige Behandlung  
.....
- c) vorgesehene künftige Behandlung:  
.....

**II.1.2. Zweite DIAGNOSE: (falls erforderlich)**

**a) Welche Diagnose und wann wurde sie erstellt?** (Es handelt sich um die festgestellten Erkrankungen körperlicher und / oder sensitiver Art. Eine genaue Umschreibung und Bezeichnung ist erwünscht.)

.....  
.....  
.....

**b) URSPRUNG:**

- |                          |                 |                          |           |                          |                 |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | konstitutionell |                          |           |                          |                 |
| <input type="checkbox"/> | erworben        | <input type="checkbox"/> | pränatal  |                          |                 |
|                          |                 | <input type="checkbox"/> | perinatal |                          |                 |
|                          |                 | <input type="checkbox"/> | postnatal | <input type="checkbox"/> | Krankheit       |
|                          |                 |                          |           | <input type="checkbox"/> | Unfall          |
|                          |                 |                          |           | <input type="checkbox"/> | Krieg           |
|                          |                 |                          |           | <input type="checkbox"/> | Berufskrankheit |
|                          |                 |                          |           | <input type="checkbox"/> | psycho-sozial   |
|                          |                 |                          |           | <input type="checkbox"/> | unbekannt       |
|                          |                 |                          |           | <input type="checkbox"/> | andere : .....  |

**c) ICD Kode ( fakultativ):** (Bei körperlichen Erkrankungen wird der ICD Kode 9 angewandt.)

**ICD Kode:**

.....

**d) PROGNOSE:** (Hier sollte eine kurz- bis mittelfristige (5 Jahre) Prognose gestellt werden.)

- fortschreitend
- stabilisiert
- durch therapeutische Maßnahmen positiv zu beeinflussen
- Remission
- unbekannt

**e) BEHANDLUNG:**

- a) vorangegangene Behandlung:  
.....
- b) jetzige Behandlung  
.....
- c) vorgesehene künftige Behandlung:  
.....

**II.1.3. Dritte DIAGNOSE: (falls erforderlich)**

**a) Welche Diagnose und wann wurde sie erstellt?** (Es handelt sich um die festgestellten Erkrankungen körperlicher und / oder sensitiver Art. Eine genaue Umschreibung und Bezeichnung ist erwünscht.)

.....  
.....  
.....

**b) URSPRUNG:**

- |                          |                 |                          |           |                          |                 |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | konstitutionell |                          |           |                          |                 |
| <input type="checkbox"/> | erworben        | <input type="checkbox"/> | pränatal  | <input type="checkbox"/> | Krankheit       |
|                          |                 | <input type="checkbox"/> | perinatal | <input type="checkbox"/> | Unfall          |
|                          |                 | <input type="checkbox"/> | postnatal | <input type="checkbox"/> | Krieg           |
|                          |                 |                          |           | <input type="checkbox"/> | Berufskrankheit |
|                          |                 |                          |           | <input type="checkbox"/> | psychosozial    |
|                          |                 |                          |           | <input type="checkbox"/> | unbekannt       |
|                          |                 |                          |           | <input type="checkbox"/> | andere : .....  |

**c) ICD Kode ( fakultativ):** (Bei körperlichen Erkrankungen wird der ICD Kode 9 angewandt.)

**ICD Kode:** .....

**d) PROGNOSE:** (Hier sollte eine kurz- bis mittelfristige (5 Jahre) Prognose gestellt werden.)

- fortschreitend
- stabilisiert
- durch therapeutische Maßnahmen positiv zu beeinflussen
- Remission
- unbekannt

**e) BEHANDLUNG:**

- a) vorangegangene Behandlung:  
.....
- b) jetzige Behandlung  
.....
- c) vorgesehene künftige Behandlung:  
.....

## **II.2. IST EINE WEITERE ABKLÄRUNG DER KÖRPERLICHEN ERKRANKUNGEN ERFORDERLICH?**

**NEIN**                       **JA**

**Wenn JA, bitte angeben welche:**

---

---

---

- Wird das Krankheitsbild der Person voraussichtlich die nächsten 2 Jahre stabil bleiben?

**NEIN**                       **JA**

- Wird sich das Krankheitsbild voraussichtlich durch geplante Eingriffe verbessern?

**NEIN**                       **JA**

## **II.3. ZUSÄTZLICHE BEMERKUNGEN:**

*(Bitte angeben, welche Bemerkungen für Sie von Bedeutung sind, selbst wenn diese nicht in direktem Bezug zu den vorangehenden Fragebereichen stehen).*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# **III. Psychische Erkrankungen, geistige Einschränkungen, Intelligenzdefizite:**

(bitte immer ausfüllen, wenn eine psychische Erkrankung oder eine geistige Behinderung vorliegt, ansonsten bitte zu Punkt IV. auf Seite 11 übergehen)

## **III.1. ANGABEN ZU DEN PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN, GEISTIGEN EINSCHRÄNKUNGEN ODER INTELLIGENZDEFIZITEN, WELCHE FÜR DEN ANTRAG RELEVANT SIND:**

(Bitte jede Diagnose einzeln in nachfolgenden Punkten auflisten.)

### **III.1.1. Erste DIAGNOSE:**

#### **a) Welche Diagnose und wann wurde sie erstellt?**

(Eine genaue Umschreibung und Bezeichnung ist erwünscht.)

.....  
.....  
.....

#### **b) URSPRUNG:**

- |                          |                 |                          |           |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | konstitutionell |                          |           |
| <input type="checkbox"/> | erworben        | <input type="checkbox"/> | pränatal  |
|                          |                 | <input type="checkbox"/> | perinatal |
|                          |                 | <input type="checkbox"/> | postnatal |

#### **c) DSM Kode (fakultativ):** (Die DSM IV Kode werden angewandt.)

**DSM Kode:** .....

#### **d) PROGNOSE:** (Hier sollte eine kurz- bis mittelfristige (5 Jahre) Prognose gestellt werden.)

- Fortschreitend
- Stabilisiert
- Durch therapeutische Maßnahmen positiv zu beeinflussen
- Remission
- Unbekannt

#### **e) BEHANDLUNG:**

- a) vorangegangene Behandlung:  
.....
- b) jetzige Behandlung  
.....
- c) vorgesehene künftige Behandlung:  
.....

**III.1.2. Zweite DIAGNOSE: (falls erforderlich)**

**a) Welche Diagnose und wann wurde sie erstellt?**

*(Eine genaue Umschreibung und Bezeichnung ist erwünscht.)*

.....  
.....  
.....

**b) URSPRUNG:**

- |                          |                 |                          |           |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | konstitutionell |                          |           |
| <input type="checkbox"/> | erworben        | <input type="checkbox"/> | pränatal  |
|                          |                 | <input type="checkbox"/> | perinatal |
|                          |                 | <input type="checkbox"/> | postnatal |

**c) DSM Kode (fakultativ) : *(Die DSM IV Kode werden angewandt.)***

**DSM Kode:** .....

**d) PROGNOSE: *(Hier sollte eine kurz- bis mittelfristige (5 Jahre) Prognose gestellt werden.)***

- Fortschreitend
- Stabilisiert
- Durch therapeutische Maßnahmen positiv zu beeinflussen
- Remission
- Unbekannt

**e) BEHANDLUNG:**

- a) vorangegangene Behandlung:  
.....
- b) jetzige Behandlung  
.....
- c) vorgesehene künftige Behandlung:  
.....

**III.1.3. Dritte DIAGNOSE: (falls erforderlich)**

**a) Welche Diagnose und wann wurde sie erstellt?**

*(Eine genaue Umschreibung und Bezeichnung ist erwünscht.)*

.....  
.....  
.....

**b) URSPRUNG:**

- |                          |                 |                          |           |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | konstitutionell |                          |           |
| <input type="checkbox"/> | erworben        | <input type="checkbox"/> | pränatal  |
|                          |                 | <input type="checkbox"/> | perinatal |
|                          |                 | <input type="checkbox"/> | postnatal |

**c) DSM Kode (fakultativ): *(Die DSM IV Kode werden angewandt.)***

**DSM Kode:** .....

**d) PROGNOSE: *(Hier sollte eine kurz- bis mittelfristige (5 Jahre) Prognose gestellt werden.)***

- Fortschreitend
- Stabilisiert
- Durch therapeutische Maßnahmen positiv zu beeinflussen
- Remission
- Unbekannt

**e) BEHANDLUNG:**

- a) vorangegangene Behandlung:  
.....
- b) jetzige Behandlung  
.....
- c) vorgesehene künftige Behandlung:  
.....



## IV. Einschätzung der motorischen und sensorischen Fähigkeiten:

(bitte immer ausfüllen, wenn es sich um einen Antrag auf materielle Hilfen oder berufliche Eingliederung handelt und bei Personen über 65 Jahren, ansonsten bitte zu Punkt V. auf Seite 15 übergehen)

### IV.1. MOTORISCHE EINSCHRÄNKUNGEN

**IV.1.1. Bestehen Einschränkungen auf Ebene der Wirbelsäule und/oder der Gliedmaßen ?** (durch Verformung, Versteifung, Schmerzen, verminderte Kraft, gestörtes Gefühl, gestörte Koordination, Instabilität ...)

**JA**     **NEIN**    (Wenn NEIN, bitte zu Punkt IV.1.3. auf Seite 12 übergehen)

### IV.1.2. Beschreibung der Funktionsbeeinträchtigungen der Gliedmaßen bzw. der Wirbelsäule

Belastbarkeit der Wirbelsäule				Wenn beeinträchtigt, bedingt durch:
	<i>Nicht eingeschränkt</i>	<i>Leicht eingeschränkt</i>	<i>Stark eingeschränkt</i>	
<b>Nackenzwirbel</b>				<input type="checkbox"/> Bewegungsbeeinträchtigung <input type="checkbox"/> Schmerzen
<b>Brustwirbel</b>				
<b>Lendenwirbel</b>				

Obere Gliedmaßen:					Bemerkungen (falls erforderlich)
	<i>Nicht eingeschränkt</i>	<i>Leicht eingeschränkt</i>	<i>Stark eingeschränkt</i>	<i>Nicht möglich</i>	
<b>Rechts</b>	Schulter				
	Ellenbogen				
	Handgelenk				
	Hand				
<b>Links</b>	Schulter				
	Ellenbogen				
	Handgelenk				
	Hand				

Untere Gliedmaßen:					Bemerkungen (falls erforderlich)
	<i>Nicht eingeschränkt</i>	<i>Leicht eingeschränkt</i>	<i>Stark eingeschränkt</i>	<i>Nicht möglich</i>	
<b>Rechts</b>	Hüfte				
	Knie				
	Fußgelenk				
	Fuß				
<b>Links</b>	Hüfte				
	Knie				
	Fußgelenk				
	Fuß				

**Benötigt die Person zur Zeit:**

- Krücken
- Gehstock
- Gehwagen
- Rollstuhl
- Andere: .....

**Hat die Person eine Prothese oder Orthese:**

- JA**     **NEIN**

**Wenn JA, welche:** .....

In welchem Maße besteht noch eine Funktionsbeeinträchtigung (trotz Prothese/Orthese) ?				
Art der Prothese/Orthese	keine	eine leichte	eine starke	Bemerkungen (falls erforderlich)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

**IV.1.3. Grundlage zur Erstellung des Fähigkeitsprofils und zur Feststellung der Fähigkeitsstörung(en):**

a) Integrierte Bewegungen	Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich	Bemerkungen
sitzen					
stehen					
liegen					
gehen					
knien, kriechen, hocken					
klettern					
heben, tragen					
drücken, ziehen					
beugen					
drehen					
reichen					
Koordination der oberen Gliedmaßen					
Koordination der unteren Gliedmaßen					
Koordination der oberen und unteren Gliedmaßen gleichzeitig					

(folgende Tabelle bitte immer ausfüllen, wenn es sich um materielle Hilfen und Personen über 65 Jahre handelt ansonsten bitte zu untenstehendem Punkt IV.2. übergehen)

<b>b) Tägliche Verrichtungen</b>	<b>Nicht eingeschränkt</b>	<b>Leicht eingeschränkt</b>	<b>Stark eingeschränkt</b>	<b>Nicht möglich</b>	<b>Bemerkungen</b>
länger als 30 Min. stehen bleiben					
gehen und gleichzeitig ein Objekt tragen (z.B. Gießkanne, gefüllter Kessel, Kisten, ...)					
mehr als 300 m zu Fuß zurücklegen					Wenn „stark eingeschränkt“ oder „nicht möglich“, bedingt durch: <input type="checkbox"/> cardio-respiratorische Schädigung <input type="checkbox"/> lokomotorische Schädigung <input type="checkbox"/> sonstiges _____
Ohne Hilfe die Stellung ändern: <input type="checkbox"/> Stehen->Bücken->Stehen <input type="checkbox"/> Stehen->Knien->Stehen					
etwas gebückt oder kniend aus dem Schrank entnehmen					
Treppen steigen					
mehrmals hintereinander Treppen steigen					
mit über dem Kopf gestreckten Händen arbeiten					
Arbeiten wie Bügeln, Kochen usw. im Stehen ausüben					
Arbeiten wie Bügeln, Kochen usw. im Sitzen ausüben					

## **IV.2. SENSORISCHE EINSCHRÄNKUNGEN**

<b>Sensorische Fähigkeiten</b>	<b>Nicht eingeschränkt</b>	<b>Leicht eingeschränkt</b>	<b>Stark eingeschränkt</b>	<b>Nicht möglich</b>	<b>Bemerkungen</b>
Sehschärfe					
Tiefsicht (binokular)					
Farbenseht					
Gesichtsfeld					
Lichtintensität					
Hörschärfe					
Geruchssinn					
Geschmackssinn					
Tastsinn					
Gleichgewichtssinn					



## V. Arbeitsumstände:

(bitte immer ausfüllen, wenn es sich um eine Anfrage auf eine berufliche Orientierung handelt)

### **Grundlage zur Erstellung des Fähigkeitsprofils und zur Feststellung der Fähigkeitsstörung(en):**

#### **Ist die Person links- oder rechtshändig?**

**linkshändig**

**rechtshändig**

<b>Belastungsfaktoren</b>	<b>Nicht eingeschränkt</b>	<b>Nicht möglich</b>	<b>Nur bedingt möglich (mit eventuellen Bemerkungen)</b>
Bildschirmarbeit			
Belastungshöhepunkte			
Gezwungenes Arbeitstempo			
draußen arbeiten			
drinnen arbeiten			
Nicht angepasste Ventilation			
Staub, Gasen, Dämpfen,... ausgesetzt sein			
Ungewöhnliche Temperaturen			
Temperaturschwankungen			
Ungewöhnlicher Feuchtigkeitsgrad			
Kontakt mit Flüssigkeit			
Kontakt mit schmutzigem Material			
Schwingungen			
Lärm			
gefährliche Arbeiten			
in der Höhe arbeiten			
<b>Andere Belastungsfaktoren (falls erforderlich, bitte im einzelnen angeben)</b>	<b>Nicht eingeschränkt</b>	<b>Nicht möglich</b>	<b>Nur bedingt möglich (mit eventuellen Bemerkungen)</b>



Diese Informationen sind in geschlossenem Umschlag an folgende Adresse zurückzusenden:

**Dienststelle für Personen mit Behinderung  
z.Hd. Herrn Dr. med. R. LOHMANN  
(Aufsichtsarzt der Dienststelle)**

**Vennbahnstraße 4/4**

**4780 ST. VITH**

*Der Name der betroffenen Person sollte auf der Rückseite des verschlossenen Umschlages vermerkt sein.*

***Dienststelle für Personen  
mit Behinderung***

Vennbahnstraße 4/4  
4780 ST.VITH

Tel.: 080/229.111  
Fax: 080/229.098

E-Mail: [info@dpb.be](mailto:info@dpb.be)

Webseite: [www.dpb.be](http://www.dpb.be)

[ 2009 ]