

Versicherungsnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kennzeichen
(soweit bekannt)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR Eingangsstempel der
Antrag aufnehmenden Stelle

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Eingangsstempel des
Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte - Rehabilitationsantrag

G0100

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund Sechstes Buch Sozialgesetzbuch und Neuntes Buch Sozialgesetzbuch von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Blockschrift
(GROSSBUCHSTABEN) in schwarz oder blau**

Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter **schriftlich** aufgefordert, diesen Antrag zu stellen?

nein ja, die Krankenkasse ja, die Agentur für Arbeit ja, das Jobcenter

Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen!

1 Beantragte Leistung

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation | Anlage (Formular G0110) bitte beifügen! |
| <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant | |
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke | Anlage (Formular G0110) bitte beifügen! |
| <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant <input type="checkbox"/> ambulant | |
| <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlungen | |
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur onkologischen Rehabilitation | Anlage (Formular G0110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen! |
| <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant | |
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation) | Anlage (Formular G0130) bitte beifügen! |
| <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeughilfe | Anlagen (Formulare G0140, G0141 und G0142) bitte beifügen! |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind | Anlagen (Formular G0133 und gegebenenfalls G0134 oder G0136) bitte beifügen! |



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

2 Angaben zur Person

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|-----|-------|------|
| Name | | | | | | | | |
| Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) | | | | | | | | |
| Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) | | | | | | | | |
| Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.) | | | | | | | | |
| Vorname (Rufname) | | | | | | | | |
| Geburtsname | | | | | | | | |
| Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf) | | | | | | | | |
| Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de) | | | | | | | | |
| frühere Namen | | | | | | | | |
| Staatsangehörigkeit | | | | | | | | |
| gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit | | bis: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">Tag</td><td style="font-size: 8px;">Monat</td><td style="font-size: 8px;">Jahr</td></tr></table> | | | | Tag | Monat | Jahr |
| | | | | | | | | |
| Tag | Monat | Jahr | | | | | | |
| Geburtsdatum | Geschlecht | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> geschlechtsneutral | | | | | | | |
| Geburtsort (Kreis, Land) | | | | | | | | |
| Straße | | | | | | | | |
| Hausnummer | | | | | | | | |
| Adresszusatz | | | | | | | | |
| Postleitzahl | | | | | | | | |
| Wohnort | | | | | | | | |
| telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) | | | | | | | | |
| Telefax (Angabe freiwillig) | | | | | | | | |
| E-Mail (Angabe freiwillig) | | | | | | | | |
| noch E-Mail (Angabe freiwillig) | | | | | | | | |



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

3 Angaben zum Familienstand und Beruf

3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)

0 ledig 1 verheiratet 2 geschieden 3 verwitwet

3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)

4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

(bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)

0 nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner) 1 Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student) 2 ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)

3 angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig) 4 Facharbeiter 5 Meister, Polier

6 Angestellter 7 Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechts 8 Selbständiger

5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

0 nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft) 1 Ganztagsarbeit **ohne** Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht 2 Ganztagsarbeit **mit** Wechselschicht / Akkord

3 Ganztagsarbeit **mit** Nachtschicht 4 Teilzeitarbeit, **weniger** als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit 5 Teilzeitarbeit, **mindestens** die Hälfte der üblichen Arbeitszeit

6 ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann 7 arbeitslos gemeldet 8 Heimarbeit

9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen

6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP)

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

0 nein 1 ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

9 Beiträge zur Sozialversicherung

9.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

nein ja

9.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

Staat

nein ja

vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

9.3 Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?

nein ja, Formular G0105 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!

10 Bezug von Arbeitslosengeld II

Beziehen oder bezogen Sie im laufenden Kalenderjahr Arbeitslosengeld II?

nein ja, bitte entsprechende Nachweise beifügen!

11 Beamteneigenschaft

Wird eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

nein ja

12 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Name des Rentenversicherungsträgers

nein ja

13 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente

Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Knappschaftsausgleichsleistung)?

Art der Leistung

nein ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

14 Sonstige Angaben

14.1 Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls,
- Berufskrankheit,
- Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,
- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist,
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgenreiden,
- Impfschaden?

Von welcher Stelle?

nein ja

Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

nein ja

14.2 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein ja, Formular R0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII bitte beifügen.

Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

nein ja am

| | | |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
| | | |

Bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

14.3 Haben Sie **in den letzten 4 Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

Von welcher Stelle zuletzt?

nein ja

Aktenzeichen

| | | | | | | | |
|-----|-----|-------|------|-----|-----|-------|------|
| | Tag | Monat | Jahr | | Tag | Monat | Jahr |
| vom | | | | bis | | | |



| | | |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
| | | |

14.4 Haben Sie unmittelbar vor diesem Rehabilitationsantrag bereits bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Mutter-Kind-Leistungen / Vater-Kind-Leistungen (Vorsorge oder Rehabilitation) gestellt beziehungsweise sind solche Leistungen zuvor verordnet worden? (Vorhandene Unterlagen bitte beifügen!)

nein ja am

| | | |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
| | | |

 Name der Krankenkasse

Aktenzeichen

15 Antragstellung durch eine andere Person
 Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!

Name

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

Vorname (Rufname)

Dienststelle

gegebenenfalls Aktenzeichen

in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter

Straße

Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Wohnort

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax (Angabe freiwillig)

E-Mail (Angabe freiwillig)

noch E-Mail (Angabe freiwillig)



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 15

für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 10 Ziffer 20)

Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit
der Versicherten / des Versicherten

ist beigefügt

wird nachgereicht

16 Bankverbindung

(die Angabe ist freiwillig, zugleich für eine Überweisung unverzichtbar)

IBAN (International Bank Account Number)

D E

Geldinstitut:

Name

Ort

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:

Name

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

Vorname (Rufname)

Straße

Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

17 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter
Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel
(zum Beispiel Rollstuhl, Führungshund oder Assistenzhund)?

nein ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:



| | | |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
| | | |

18 Dokumentenzugang

18.1 Per De-Mail

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.

Meine De-Mail-Adresse lautet:

| |
|--------------|
| De-Mail |
| noch De-Mail |

18.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

19 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)

19.1 Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt, erhalten darf. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) beziehungsweise der §§ 116, 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

19.2 Information

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen.



| | | |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
| | | |

noch Ziffer **19.2**

Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter oder Rehabilitationseinrichtungen) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenkassen.

19.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

20 Unterschrift

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:

- der Antragstellerin / des Antragstellers
- oder
- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift

21 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse

Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt, benötigen wir das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und das Formular G0120 - AUD-Beleg - von der Krankenkasse auszufüllen - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

| | |
|--|-------------------------|
| 21.1 Name der Krankenkasse | Institutionskennzeichen |
| 21.2 AUD-Beleg ist beigelegt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Stempel der Krankenkasse, Unterschrift | |
| <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">Datum</div> | |

