

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 - SGB VI und Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX 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

☐	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 folgende SGB IX) ☐ stationär ☐ ganztägig ambulant	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!
☐	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 folgende SGB IX) ☐ stationär ☐ ganztägig ambulant ☐ ambulant ☐ Kombinationsbehandlungen	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!
☐	Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (§ 15 oder § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI)	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen!
☐	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation - § 16 SGB VI in Verbindung mit § 33 folgende SGB IX)	Anlage (Formular G0130) bitte beifügen!
☐	Kraftfahrzeughilfe (§ 33 Absatz 8 Nummer 1 SGB IX)	Anlagen (Formulare G0140, G0141 und G0142) bitte beifügen!
☐	Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind (§ 33 Absatz 8 Nummer 4 und 5 SGB IX)	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			Tag Monat Jahr
			bis:
Geburtsdatum	Geschlecht		
	☐ männlich ☐ weiblich		
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

7 Krankenkasse

Name
Straße
Hausnummer
Adresszusatz
Postleitzahl
Ort
telefonisch tagsüber zu erreichen
☐ Gesetzliche Krankenkasse ☐ Private Krankenversicherung

8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Name
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)
Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Vorname (Rufname)
Straße
Hausnummer
Adresszusatz
Postleitzahl
Ort
telefonisch tagsüber zu erreichen



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?

☐ nein ☐ ja

Staat

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

vom bis

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,
- Verfolgtenleiden,
- 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

vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr



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.

Mit der Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form 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 ☐ nein ☐ ja	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
Datum	

