

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

2 Angaben zur Person

| | | |
|---|--|--|
| Name | | |
| Vorname (Rufname) | | |
| Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) | | |
| Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) | | |
| Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.) | | |
| Geburtsname | | |
| Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf) | | |
| Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de) | | |
| frühere Namen | | |
| Staatsangehörigkeit | | |
| gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit | | Tag Monat Jahr |
| Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr) | | bis |
| Geburtsort | | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> geschlechtsneutral |
| Geburtsland | | |
| Wohnort in <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> einem anderen Land | | |
| Land | | |
| Straße, Hausnummer | | |
| noch Straße, Hausnummer | | |
| Adresszusatz | | |
| Postleitzahl, Wohnort | | |
| noch Postleitzahl, Wohnort | | |



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

noch Ziffer 2

| |
|---|
| telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) |
| Telefax (Angabe freiwillig) |

3 Angaben zum Familienstand und Beruf

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes) | | | |
| <input type="checkbox"/> 0 ledig | <input type="checkbox"/> 1 verheiratet | <input type="checkbox"/> 2 geschieden | <input type="checkbox"/> 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)

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner) | <input type="checkbox"/> 1 Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student) | <input type="checkbox"/> 2 ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig) |
| <input type="checkbox"/> 3 angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig) | <input type="checkbox"/> 4 Facharbeiter | <input type="checkbox"/> 5 Meister, Polier |
| <input type="checkbox"/> 6 Angestellter | <input type="checkbox"/> 7 Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechts | <input type="checkbox"/> 8 Selbständiger |

5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft) | <input type="checkbox"/> 1 Ganztagsarbeit ohne Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht | <input type="checkbox"/> 2 Ganztagsarbeit mit Wechselschicht / Akkord |
| <input type="checkbox"/> 3 Ganztagsarbeit mit Nachtschicht | <input type="checkbox"/> 4 Teilzeitarbeit, weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit | <input type="checkbox"/> 5 Teilzeitarbeit, mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit |
| <input type="checkbox"/> 6 ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann | <input type="checkbox"/> 7 arbeitslos gemeldet | <input type="checkbox"/> 8 Heimarbeit |
| <input type="checkbox"/> 9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen | | |



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

0

nein

1

ja

7 Krankenkasse

| |
|--|
| Name |
| Straße, Hausnummer |
| noch Straße, Hausnummer |
| Adresszusatz |
| Postleitzahl, Ort |
| noch Postleitzahl, Ort |
| telefonisch tagsüber zu erreichen |
| <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung |

8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

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



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?

nein ja

Von welcher Stelle?

Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

nein ja

Bei welcher Stelle?

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?

nein ja

Von welcher Stelle zuletzt?

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 andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

Name / Dienststelle

Vorname (Rufname)

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

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

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

gegebenenfalls Aktenzeichen

Wohnort in Deutschland einem anderen Land

Land

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl, Wohnort

noch Postleitzahl, Wohnort

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax (Angabe freiwillig)

Der Antrag wird gestellt in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter



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

18 Dokumentenzugang

18.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

- 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)



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

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

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

19.1 Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Einrichtungen und Sozialleistungsträgern, die ich im Antrag angegeben habe und die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, sowie vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, 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.

Ich willige ein, dass vom Rentenversicherungsträger beim Rehabilitationsverfahren im Sinne der §§ 15, 19 und 20 SGB IX im Rahmen einer gegebenenfalls durchzuführenden Teilhabepflichtkonferenz Sozialdaten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden dürfen, deren Erforderlichkeit zum Zeitpunkt der Durchführung der Teilhabepflichtkonferenz nicht abschließend bewertet werden kann (§ 23 Absatz 2 SGB IX).

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

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

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.

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).



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

noch Ziffer **19.2**

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

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 |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Stempel der Krankenkasse, Unterschrift <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> Datum _____ </div> | |



