



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

### 3 Angaben zum Familienstand und Beruf der Erkrankten / des Erkrankten

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 Arbeit der Erkrankten / des Erkrankten 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

### 5 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP)

Nimmt die Erkrankte / der Erkrankte an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

0 nein       1 ja

### 6 Krankenkasse der Erkrankten / des Erkrankten

Name	
Straße, Hausnummer	
Telefon	
Postleitzahl	Ort
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung	

### 7 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt der Erkrankten / des Erkrankten

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		Telefon	
Postleitzahl	Ort		



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

### 8 Weitere Angaben über die Erkrankte / den Erkrankten

<p><b>8.1</b> Wurden oder werden für die Erkrankte / den Erkrankten <b>Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt</b> oder wurden Anwartschaften bei Auflösung einer Ehe übertragen oder begründet oder wurde die Erkrankte / der Erkrankte nachversichert?</p> <p style="text-align: center;">Name des Rentenversicherungsträgers <span style="float: right;">von - bis</span></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p><b>8.2</b> Bezieht die Erkrankte / der Erkrankte eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?</p> <p style="text-align: center;">Name des Rentenversicherungsträgers <span style="float: right;">Versicherungsnummer</span></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p><b>8.3</b> Übt die Erkrankte / der Erkrankte eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?</p> <p style="text-align: center;">Name und Anschrift des Dienstherrn oder des Trägers der Versorgungslast</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p><b>8.4</b> Sind bei der Erkrankten / dem Erkrankten Gesundheitsstörungen anerkannt worden als</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls,</li> <li>- Berufskrankheit,</li> <li>- Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,</li> <li>- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist,</li> <li>- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,</li> <li>- Verfolgteneiden,</li> <li>- Impfschaden?</li> </ul> <p style="text-align: center;">Von welcher Stelle? <span style="float: right;">Aktenzeichen</span></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p style="text-align: center;">Welche Gesundheitsstörungen?</p> <hr/>
<p>Hat die Erkrankte / der Erkrankte aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?</p> <p style="text-align: center;">Bei welcher Stelle?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p><b>8.5</b> Ist die zum Rehabilitationsantrag führende <b>Minderung oder erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit</b> bei der Erkrankten / dem Erkrankten ganz oder teilweise <b>Folge eines Unfalls</b> oder durch <b>andere Personen</b> verursacht worden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Formular R0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII bitte beifügen.</p> <p>Sind <b>Schadensersatzansprüche</b> geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?</p> <p style="text-align: center;">am <span style="float: right;">bei welcher Stelle?</span> <span style="float: right;">Aktenzeichen</span></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

## 9 Weitere Angaben über die Versicherte / den Versicherten

<b>9.1</b> Hat die Versicherte / der Versicherte Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>9.2</b> Hat die Versicherte / der Versicherte Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?
Staat <input type="text"/> von - bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>9.3</b> Zahlt die Versicherte / der Versicherte aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Formular G0205 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!
<b>9.4</b> Übt die Versicherte / der Versicherte eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

## 10 Antragstellung durch eine andere Person

**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)	
In der Eigenschaft als	
<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	
für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 6 Ziffer 15.2)	
Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	

## 11 Bankverbindung

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

IBAN (International Bank Account Number)	
<b>D E</b>	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

## 12 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Ist die Erkrankte / der Erkrankte auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzt sie / er behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, die Erkrankte / der Erkrankte ist angewiesen auf:



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

### 13 Dokumentenzugang

#### 13.1 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: \_\_\_\_\_

#### 13.2 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)

### 14 Erklärung und Information (nicht Zutreffendes streichen)

#### 14.1 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.

#### 14.2 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

**14.3 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,** Änderungen zu den Angaben in diesem Antrag dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

## 15 Unterschriften

### 15.1

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

### 15.2

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

- der Erkrankten / des Erkrankten

oder

- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erkrankten / des Erkrankten / des Betreuers

## 16 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse der Erkrankten / des Erkrankten

Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt, benötigen wir das Institutionskennzeichen der Krankenkasse.

Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
Datum	

