



**4 Angaben zum Familienstand und Beruf der Erkrankten / des Erkrankten****4.1** Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes) **0** ledig       **1** verheiratet       **2** geschieden       **3** verwitwet**4.2** Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)**5 Arbeit der Erkrankten / des Erkrankten vor Antragstellung**

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

**6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP) der Erkrankten / des Erkrankten**

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

 **0** nein       **1** ja**7 Krankenkasse der Erkrankten / des Erkrankten**

Name

Straße, Hausnummer

Telefon

Postleitzahl

Ort

 Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenversicherung  
(Wir empfehlen Ihnen, Ihre private Krankenversicherung von der Antragstellung, gegebenenfalls von der Bewilligung oder Ablehnung zu unterrichten.)**8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt der Erkrankten / des Erkrankten**

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Telefon

Postleitzahl

Ort

**9 Antragstellung durch eine andere Person**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von \_\_\_\_\_ Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichtes bitte beifügen!

Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)		
In der Eigenschaft als		
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund	<input type="checkbox"/> Betreuer
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter		
Straße, Hausnummer		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

**10 Angaben über die Erkrankte / den Erkrankten**

**10.1** Wurden für die Erkrankte / den Erkrankten jemals **Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt** oder wurden Anwartschaften bei Auflösung einer Ehe übertragen oder begründet oder wurde die Erkrankte / der Erkrankte nachversichert?

Name des Rentenversicherungsträgers \_\_\_\_\_ von - bis \_\_\_\_\_

nein  ja

**10.2** Bezieht die Erkrankte / der Erkrankte eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?

Name des Rentenversicherungsträgers \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

nein  ja

**10.3** 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?

Name und Anschrift des Dienstherrn oder des Trägers der Versorgungslast \_\_\_\_\_

nein  ja

**10.4** Sind bei der Erkrankten / dem Erkrankten Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

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

Von welcher Stelle? \_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_

nein  ja

Welche Gesundheitsstörungen? \_\_\_\_\_

Hat die Erkrankte / der Erkrankte aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle? \_\_\_\_\_

nein  ja

**10.5** Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit** bei der Erkrankten / dem Erkrankten ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein  ja, Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Formular R870) bitte beifügen.

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

am \_\_\_\_\_ bei welcher Stelle? \_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_

nein  ja

**10.6** Hat die Erkrankte / der Erkrankte **in den letzten 4 Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

Von welcher Stelle zuletzt? \_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_

nein  ja

von - bis \_\_\_\_\_



**15 Erklärung und Information der Versicherten / des Versicherten und der Erkrankten / des Erkrankten oder des gesetzlichen Vertreters** (Nicht Zutreffendes streichen)

**15.1 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 anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. 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 auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

**Ich willige außerdem ein**, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) beziehungsweise der §§ 116 / 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

**15.2 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) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Abs. 2 Nr. 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).

**15.3 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.

**15.4 Ermächtigung**

**Ich ermächtige den Rentenversicherungsträger hiermit widerruflich, eine nach § 32 SGB VI gegebenenfalls zu leistende Zuzahlung von dem unter Ziffer 13 des Antrages angegebenen Konto abzubuchen, falls die Rehabilitationseinrichtung den Zuzahlungsbetrag nicht bereits eingezogen hat.**

**16 Unterschrift**

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift eines eventuell Bevollmächtigten nicht ausreichend.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Unterschrift der Erkrankten / des Erkrankten oder der gesetzlichen Vertretung

**17 Bestätigung der Krankenkasse der Erkrankten / des Erkrankten**

- wird von der Krankenkasse ausgefüllt, sofern die Antragstellung über die Krankenkasse erfolgt -  
(entfällt bei privater Krankenversicherung)

Name der Krankenkasse		Institutionskennzeichen	
Die Erkrankte / Der Erkrankte ist <input type="checkbox"/> pflichtversichert		<input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert	
Wurden für die Erkrankte / den Erkrankten in den letzten 4 Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 SGB V (ambulante Rehabilitationsleistungen), § 40 Abs. 2 SGB V (stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung) oder § 41 Abs. 1 SGB V (Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes) durchgeführt oder bezuschusst (§ 12 Abs. 2 SGB VI)?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Art und Zeitraum der Leistung	
<b>Anmerkung</b> Nicht anzugeben sind ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 2 und 4 SGB V) und Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 Abs. 1 SGB V).			
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift			
		Datum	