

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)Deutsche
Rentenversicherung

MSAT/ MSNR

Eingangsstempel
der Antrag aufnehmenden StelleEingangsstempel
des Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte - Rehabilitationsantrag

G0100

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - und des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (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 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil (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).

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 ff. SGB IX)

**Anlage (Formular G0110)
bitte beifügen!**

☐ stationär ☐ ganztätig ambulant

☐

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke
(§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 ff. SGB IX)

**Anlage (Formular G0110)
bitte beifügen!**

☐ stationär ☐ ganztätig ambulant ☐ ambulant

☐ Kombinationsbehandlungen

☐

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation
(§ 15 oder § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI)

**Anlage (Formular G0110)
bitte beifügen, sofern Sie
keine Altersrente beziehen!**

☐

Medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit
(Präventionsleistungen - § 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI)

**Anlage (Formular G0110)
bitte beifügen!**

☐

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
(Berufliche Rehabilitation - § 16 SGB VI in Verbindung mit § 33 ff. 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		Vorname (Rufname)
Geburtsname		frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
	☐ männlich ☐ weiblich	
Geburtsort (Kreis, Land)		
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		

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 Beamtenrechtes	☐ 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		



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	
Telefon	
Postleitzahl	Ort
☐ Gesetzliche Krankenkasse ☐ Private Krankenversicherung	

8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	
Telefon	
Postleitzahl	Ort

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 von - bis ☐ nein ☐ ja	
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



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT/ MSNR

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

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,
- Verfolgteneiden,
- Impfschaden?

Von welcher Stelle? Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

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, Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Formular R0870) bitte beifügen.

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

am bei welcher Stelle? Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

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? Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

von - bis

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

am Name der Krankenkasse Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT/ MSNR

15 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	
☐ gesetzlicher Vertreter	☐ Vormund
☐ Betreuer	☐ 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 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)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

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, Führhund oder Assistenzhund)?
☐ nein ☐ ja
Falls ja, ich bin angewiesen auf:

18 Dokumentenzugang 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)

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 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) - beziehungsweise der §§ 116, 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (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. 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



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT/ MSNR

21 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse

Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt, benötigen wir das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und den AUD-Beleg G0120.

21.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
21.2 AUD-Beleg ist beigelegt	
☐ nein ☐ ja	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
Datum	



