

| | | |
|---------------------|---------------------------------|------------|
| 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 | |
| | |
| Postleitzahl | Ort |
| | |
| <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| 9.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt? Staat _____ von - bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| 9.3 Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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? | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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? | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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,
- Verfolgtenleiden,
- 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 | |
| <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) | |
| für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 6 Ziffer 20) | |
| Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten | |
| <input type="checkbox"/> ist beigefügt | <input type="checkbox"/> 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



