

Versicherungsnummer

Weiter mit Ziffer 3

<input type="checkbox"/> Ehegatte, Witwe, Witwer, Lebenspartnerin oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes		<input type="checkbox"/> Kind
Geburtsort (Kreis, Land)		Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		

4 Angaben zum Familienstand und Beruf der Erkrankten / des Erkrankten

4.1 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
4.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)			

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				

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

Nimmt die Erkrankte / der Erkrankte an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?	
<input type="checkbox"/> 0	nein
<input type="checkbox"/> 1	ja

Versicherungsnummer

7 Krankenkasse der Erkrankten / des Erkrankten

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

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)							

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	
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	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	
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja

Versicherungsnummer

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 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?

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

11 Ergänzende Angaben zum Kind (nur ausfüllen, wenn eine Kinderrehabilitation beantragt wird)

eigenes Kind

in den Haushalt aufgenommenes Stiefkind oder Pflegekind

Enkel, Bruder oder Schwester, wenn in den Haushalt aufgenommen oder überwiegend unterhalten

Versicherungsnummer

Weiter mit Ziffer 11

Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn das Kind mindestens 18 Jahre alt ist

Das Kind

- befindet sich in Schulausbildung oder Studium (Bitte Schulbescheinigung oder Studienbescheinigung beifügen!)
- befindet sich in Berufsausbildung (Bitte Kopie des Ausbildungsvertrages beifügen!)
- leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr (Bitte Bescheinigung des zuständigen Trägers beifügen!)
- ist wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande, sich selbst zu unterhalten (Bitte Nachweis über die Behinderung beifügen!)

12 Angaben über die Versicherte / den Versicherten

12.1 Hat die Versicherte / der Versicherte Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

nein ja

12.2 Hat die Versicherte / der Versicherte Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt oder zahlt die Versicherte / der Versicherte aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?

nein ja, Formular G205 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für nichtversicherte Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen) bitte beifügen!

12.3 Übt die Versicherte / der Versicherte derzeit eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aus?

nein ja, Formular G205 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für nichtversicherte Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen) bitte beifügen!

12.4 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?

nein ja

13 Bankverbindung

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

Versicherungsnummer

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	
<p>Wurden für die Antragstellerin / den Antragsteller in den letzten 4 Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 1 SGB V (ambulante Rehabilitationsleistungen), § 40 Absatz 2 SGB V (stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung) oder § 41 Absatz 1 SGB V (Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes) durchgeführt oder bezuschusst (§ 12 Absatz 2 SGB VI)?</p> <p style="text-align: center;">Art und Zeitraum der Leistung</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p>	
<p>Anmerkung: Nicht anzugeben sind ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Absatz 2 und 4 SGB V) und Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 Absatz 1 SGB V).</p>	
<p>Stempel der Krankenkasse, Unterschrift</p>	
	Datum