



| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
| |

 Eingangsstempel
der Antrag aufnehmenden Stelle

 Eingangsstempel
des Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte - Rehabilitationsantrag

G100

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 Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (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 oder die Agentur für Arbeit schriftlich aufgefordert, diesen Antrag zu stellen? | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, die Krankenkasse |
| | <input type="checkbox"/> ja, die Agentur für Arbeit |

1 Beantragte Leistung

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 ff. SGB IX) | Anlage (Formular G110) bitte beifügen! |
| <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant | |
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 ff. SGB IX) | Anlage (Formular G110) bitte beifügen! |
| <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant <input type="checkbox"/> ambulant | |
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (§ 15 oder § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI) | Anlage (Formular G110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen! |
| <input type="checkbox"/> Stationäre medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen - § 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI) | Anlage (Formular G110) bitte beifügen! |
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation - § 16 SGB VI in Verbindung mit § 33 ff. SGB IX) | Anlage (Formular G130) bitte beifügen! |
| <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeughilfe (§ 33 Absatz 8 Nummer 1 SGB IX) | Anlagen (Formulare G140 und G141) bitte beifügen! |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind (§ 33 Absatz 8 Nummer 4 und 5 SGB IX) | Anlage (Formular G130) bitte beifügen! |

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
|---------------------|

2 Angaben zur Person

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| Name | | Vornamen (Rufname bitte unterstreichen) |
| Geburtsname | | frühere Namen |
| Geburtsdatum | Geschlecht | Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis) |
| | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | |
| Geburtsort (Kreis, Land) | | |
| Straße, Hausnummer | | telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) |
| Postleitzahl | Wohnort | |
| Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) | | |

3 Angaben zum Familienstand

| | | | |
|---|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 3.1 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 |
| 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)

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner) | <input type="checkbox"/> 1 Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student) | <input type="checkbox"/> 2 ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig) |
| <input type="checkbox"/> 3 angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig) | <input type="checkbox"/> 4 Facharbeiter | <input type="checkbox"/> 5 Meister, Polier |
| <input type="checkbox"/> 6 Angestellter | <input type="checkbox"/> 7 Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechtes | <input type="checkbox"/> 8 Selbständiger |

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 | | |

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
|---------------------|

6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP)

6.1 Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm teil?

0 nein 1 ja

7 Krankenkasse

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

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 Rentenversicherung im Ausland gezahlt?

Staat

nein ja

9.3 Üben Sie derzeit eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aus?

nein ja Formular G105 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen) bitte beifügen!

10 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 |
|---------------------|

| |
|--|
| 13.3 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 |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| von - bis |

14 Antragstellung durch eine andere Person
Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts 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) | |

15 Bankverbindung

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

16 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 (Kassette)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

17 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (Nicht Zutreffendes streichen)**17.1 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.

17.2 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 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.

17.3 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.

17.4 Ermächtigung

Ich ermächtige den Rentenversicherungsträger hiermit widerruflich, eine nach § 32 SGB VI gegebenenfalls zu leistende Zuzahlung von dem unter Ziffer 15 des Antrages angegebenen Konto abzubuchen, falls die Rehabilitationseinrichtung den Zuzahlungsbetrag nicht bereits eingezogen hat.

18 Unterschrift

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
|---------------------|

19 Bestätigung der Krankenkasse

- wird von der Krankenkasse ausgefüllt, sofern die Antragstellung über die Krankenkasse erfolgt -
 (nur ausfüllen, wenn eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragt wird; entfällt bei privater
 Krankenversicherung)

| 19.1 Name der Krankenkasse | Institutionskennzeichen | | | | | | |
|---|--|-----------------|--|-------|------|--|--|
| Sie ist / Er ist <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert | | | | | | | |
| 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)? Art und Zeitraum der Leistung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | | | | |
| <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> | | | | | | | |
| 19.2 Werden zurzeit Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt? -nur ausfüllen, wenn die Krankenkasse nach § 28h Absatz 1 SGB IV auch Einzugsstelle für die Beiträge ist- | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, | <table border="1"> <tr> <th colspan="2">letzter Beitrag</th> </tr> <tr> <th>Monat</th> <th>Jahr</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> | letzter Beitrag | | Monat | Jahr | | |
| letzter Beitrag | | | | | | | |
| Monat | Jahr | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 19.3 AUD-Beleg ist beigelegt | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | | | | |
| Stempel der Krankenkasse, Unterschrift | | | | | | | |
| Datum | | | | | | | |