

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).

Versicherungsnummer

Eingangsstempel
Antrag aufnehmende Stelle
Rentenversicherungsträger

Hat die gesetzliche Krankenkasse oder die Agentur für Arbeit schriftlich aufgefordert, diesen Antrag zu stellen?
nein <input type="checkbox"/> ja, die Krankenkasse _____ <input type="checkbox"/>
ja, die Agentur für Arbeit _____ <input type="checkbox"/>

1 Beantragte Leistung

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 ff. SGB IX) _____ Anlage (Formular G110) bitte beifügen!

stationär _____

ganztätig ambulant _____

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

für **Abhängigkeitskranke** (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 ff. SGB IX) _____ Anlage (Formular G110) bitte beifügen!

stationär _____

ganztätig ambulant _____

ambulant _____

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation

(§ 15 oder § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI) _____ Anlage (Formular G110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen!

Stationäre medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit

(Präventionsleistung § 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI) _____ Anlage (Formular G110) bitte beifügen!

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Berufliche Rehabilitation - §16 SGB VI in Verbindung mit § 33 ff. SGB IX _____ Anlage (Formular G130) bitte beifügen!

Kraftfahrzeughilfe

(§ 33 Absatz 8 Nummer 1 SGB IX) _____ Anlage (Formulare G140 und G141) bitte beifügen!

2 Angaben zur Person

Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsname	Frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit	
Geburtsort (Kreis, Land)	
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)	
Postleitzahl	Wohnort
Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

3 Angaben zum Familienstand und Beruf

<p>3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)</p> <p>ledig ___ <input type="checkbox"/> 0 verheiratet ___ <input type="checkbox"/> 1 geschieden ___ <input type="checkbox"/> 2 verwitwet ___ <input type="checkbox"/> 3</p>
<p>3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit oder zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)</p>

4 Derzeitige Stellung im Beruf oder Erwerbsleben (bei Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)

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

5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

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

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

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?			
nein _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
ja _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1

7 Krankenkasse

Name		
Straße, Hausnummer		Telefon
Postleitzahl	Ort	
Gesetzliche Krankenkasse _____ <input type="checkbox"/>		
Private Krankenversicherung _____ <input type="checkbox"/>		
(Wir empfehlen Ihnen, Ihre private Krankenversicherung von der Antragstellung, gegebenenfalls von der Bewilligung oder Ablehnung zu unterrichten.)		

8 Behandelnde Ärztin oder behandelnder Arzt

Name		Vorname
Straße, Hausnummer		Telefon
Postleitzahl	Ort	

9 Beiträge zur Sozialversicherung

9.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?		
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
9.2 Haben Sie Beiträge zur Rentenversicherung im Ausland gezahlt?		
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Staat <input type="text"/>
9.3 Üben Sie derzeit eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aus?		
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

11 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

11.1 Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

nein ja

Name des Rentenversicherungsträgers

11.2 Beabsichtigen Sie, in den nächsten 6 Monaten Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente zu beantragen?

nein ja

12 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente

12.1 Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Anpassungsgeld, Knappschaftsausgleichsleistung)?

nein ja

Art der Leistung

12.2 Haben Sie mit Ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung über **Altersteilzeitarbeit im Blockmodell** getroffen?

nein ja

Vollerwerbsphase von - bis

Freistellungsphase von - bis

12.3 Haben Sie das **58. Lebensjahr** vollendet **und** haben Sie als Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II die Erklärung unterschrieben, wonach Sie zum frühestmöglichen Zeitpunkt Altersrente beantragen?

nein ja

13 Sonstige Angaben

13.1 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?

nein ja

Von welcher Stelle?	Aktenzeichen
Welche Gesundheitsstörungen?	

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

nein ja

Bei welcher Stelle?

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

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

nein ja

am	Bei welcher Stelle?
Aktenzeichen	

13.3 Haben Sie **in den letzten 4 Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

nein ja

Von welcher Stelle zuletzt?	Aktenzeichen
von - bis	

14 Antragstellung durch eine andere Person

Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichtes bitte beifügen!

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

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

15 Bankverbindung

IBAN (International Bank Account Number) D E	BIC (Bank Identifier Code)
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin oder 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 _____	<input type="checkbox"/>
in Braille (Kurzschrift) _____	<input type="checkbox"/>
in Braille (Vollschrift) _____	<input type="checkbox"/>
als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format) _____	<input type="checkbox"/>
als Hörmedium (Kassette) _____	<input type="checkbox"/>
als Hörmedium (CD - DAISY Format) _____	<input type="checkbox"/>

17 Erklärung und Information der Antragstellerin oder 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 oder 111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) beziehungsweise der §§ 116 oder 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 oder des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

Ort, Datum, Unterschrift der Antragstellerin oder des Antragstellers

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 Krankenkasse

Name	Institutionskennzeichen
Sie oder er ist pflichtversichert _____ <input type="checkbox"/>	
Sie oder er ist freiwillig versichert _____ <input type="checkbox"/>	
Sie oder er ist familienversichert _____ <input type="checkbox"/>	
Wurden für die Antragstellerin oder 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)?	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Art und Zeitraum der Leistung
Anmerkung Nicht anzugeben sind ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Absatz 2 und Absatz 4 SGB V) und Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 Absatz 1 SGB V).	
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 -	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> letzter Beitrag	Monat Jahr
19.3 AUD-Beleg ist beigelegt	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
Datum	