

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Kennzeichen  
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--

Eingangsstempel

der Antrag aufnehmenden Stelle

Eingangsstempel

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

<input type="checkbox"/>	<b>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</b> (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 ff. SGB IX)	<b>Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!</b>
<input type="checkbox"/>	stationär	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ganztäglich ambulant	
<input type="checkbox"/>	<b>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke</b> (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 ff. SGB IX)	<b>Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!</b>
<input type="checkbox"/>	stationär	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ganztäglich ambulant	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ambulant	
<input type="checkbox"/>	<b>Kombinationsbehandlungen</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Leistungen zur onkologischen Rehabilitation</b> (§ 15 oder § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI)	<b>Anlage (Formular G0110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen!</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit</b> (Präventionsleistungen - § 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI)	<b>Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</b> (Berufliche Rehabilitation - § 16 SGB VI in Verbindung mit § 33 ff. SGB IX)	<b>Anlage (Formular G0130) bitte beifügen!</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Kraftfahrzeughilfe</b> (§ 33 Absatz 8 Nummer 1 SGB IX)	<b>Anlagen (Formulare G0140 und G0141) bitte beifügen!</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind</b> (§ 33 Absatz 8 Nummer 4 und 5 SGB IX)	<b>Anlagen (Formular G0133 und gegebenenfalls G0134 oder G0136) bitte beifügen!</b>

Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------------------

## 2 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)
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 und Beruf

<b>3.1 Familienstand</b> (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
<b>3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf</b> (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 <b>ohne</b> Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 2 Ganztagsarbeit <b>mit</b> Wechselschicht / Akkord
<input type="checkbox"/> 3 Ganztagsarbeit <b>mit</b> Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 4 Teilzeitarbeit, <b>weniger</b> als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 5 Teilzeitarbeit, <b>mindestens</b> 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	Kennzeichen (soweit bekannt)

## 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)

## 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, Anpassungsgeld, 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 Zivillist,
- 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)

### 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 7 Ziffer 21)	
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)
<b>D E</b>	
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)?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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)

## 19 Dokumentenzugang per De-Mail

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach.

Meine De-Mail-Adresse lautet: \_\_\_\_\_

Mit der Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.

## 20 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)

### 20.1 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.

### 20.2 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.

**20.3 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.

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

**21 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

**22 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.

<b>22.1</b> Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
<b>22.2</b> AUD-Beleg ist beigelegt	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
	Datum
	_ _ _ _ _ _ _

