

Deutsche Rentenversicherung

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 Sozialgesetzbuch und Neunten Buches Sozialgesetzbuch 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 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (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).

Sie können dieses Formular auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0100 ausfüllen. Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter schriftlich aufgefordert, diesen Antrag zu stellen? ja, die Krankenkasse ja, die Agentur für Arbeit nein ja, das Jobcenter Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen! **Beantragte Leistung** Bitte den Befundbericht (Formular S0051) und die Honorarabrechnung (Formular S0050) beifügen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation **Bitte Formular G0110** beifügen! stationär ganztägig ambulant Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen **Bitte Formular G0110** beifügen! stationär ganztägig ambulant ambulant Kombinationsbehandlungen Bitte Formular G0110 (sofern Leistungen zur onkologischen Rehabilitation Sie keine Altersrente beziehen) und das Formular stationär ganztägig ambulant S0052 beifügen! **Bitte Formular G0130** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (zum Beispiel: Umschulung, beifügen! berufliche Weiterbildung) Bitte die Formulare G0140 Kraftfahrzeughilfe und G0142 beifügen! Bitte die Formulare G0133 Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt und gegebenenfalls G0134 zur Berufsausübung erforderlich sind beifügen!



versicnerungsnummer
2 Mitnahme einer pflegebedürftigen Person (nur bei stationärer medizinischer Rehabilitation)
Ist die Mitnahme einer pflegebedürftigen Person erforderlich?
nein ja, Formular G0111 bitte beifügen!
Wunsch- und Wahlrecht bei medizinischer Rehabilitation (Angaben freiwillig)
Auf dieser Seite können Sie eintragen, in welcher Rehabilitationseinrichtung Sie die beantragte Leistung gerne durchführen möchten.
Zur Unterstützung Ihres Wunsch- und Wahlrechts finden Sie auf der Internetseite www.rv-reha.de alle Rehabilitationseinrichtungen benannt, mit denen die Deutsche Rentenversicherung zusammenarbeitet.
Hier haben Sie die Möglichkeit, mehrere (bis zu 3) Wünsche zur Auswahl anzugeben.
Die Eintragungen sollten in der gewünschten Rangfolge vorgenommen werden. Unter 1. sollte dabei der von Ihnen am meisten bevorzugte Einrichtungswunsch stehen.
Sofern Sie keinen Wunsch äußern, unterbreitet Ihnen die Deutsche Rentenversicherung bis zu 4 Vorschläge mit geeigneten Rehabilitationseinrichtungen.
Die beantragte Leistung zur medizinischen Rehabilitation sollte nach Möglichkeit in einer der nachfolgend benannten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden (Angaben freiwillig):
Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:
2. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:
Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:
5. Name und Adresse der Kenabilitätionseillichtung.



Versicherungsnummer											
	L	1	1	1	ı			ı	1		

## 4 Angaben zur Person

Name		Vorname	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namer	n (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel:	Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Gebu	rtsnamen (Beispiel: von, van, de)
Geburtsdatum Geschle	cht männlich	n weiblich	ohne Eintrag divers
Geburtsort		Geburtsland	
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere S	taatsangehörigkeit bis)		
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl Wohnort			
Land			
Telefon		Telefax	
5 Angaben zum Familienstand	und Beruf		
<b>5.1</b> Familienstand (gilt auch für eir Lebenspartnerschaftsgesetzes)	ngetragene Lebenspa	rtnerschaften im Sir	nne des
	eiratet 2	geschieden	3 verwitwet
5.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstäti	gkeit / zuletzt ausgeü	bter Beruf (möglichs	st genaue Bezeichnung)
6 Derzeitige Stellung im Beruf (bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigk		e letzte berufliche St	ellung davor an)
nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner)  angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)	1 Auszubild (Anlernlin Volontär, 4 Facharbe	g, Praktikant, Student)	ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)  Meister, Polier
6 Angestellter	Versorgu	/ DO-Angestellter, ngsempfänger im s Beamtenrechts	8 Selbständiger

Versiche	erungsnummer					
7 4	Arboit vor Antragstollung og	dor vor akt	uallar Arba	iteunfähiakoit		
	Arbeit vor Antragstellung od	uei voi akt	uellel Albe	itsumamykeit		
0	nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)	1		arbeit <b>ohne</b> chicht / Akkord / cht	2	Ganztagsarbeit <b>mit</b> Wechselschicht / Akkord
3	Ganztagsarbeit <b>mit</b> Nachtschicht	4		eit, <b>weniger</b> als der üblichen t	5	Teilzeitarbeit, <b>mindestens</b> die Hälfte der üblichen Arbeitszeit
6	ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann	7	arbeitslos	gemeldet	8	Heimarbeit
9	Beschäftigung in einer Werl	kstatt für be	ehinderte Me	enschen		
8 k	<b>Krankenkasse</b>					
Name						
Straße, F	Hausnummer					
Adressz	usatz					
Postleitz						
telefonise	ch tagsüber zu erreichen					
G	esetzliche Krankenkasse	Pr	ivate Krank	enversicherung		
9 E	Behandelnde Ärztin / behan	delnder Ar	zt			
Name				Vorname		
Namens	zusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzwort	e zum Namen	(Beispiel: von, van, de	Titel (Beispi	el: Prof. Dr. med.)
Straße, I	Hausnummer					
Adressz	usatz					
Postleitz	ahl Ort					
telefonise	ı ı ch tagsüber zu erreichen					



40. Poituii na muu Camiahaanaiahaanan
10 Beiträge zur Sozialversicherung
10.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?
nein ja
10.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?
Staat
nein ja
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr  vom
10.3 Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?
nein ja, Formular G0105 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!
11 Leistungen des Jobcenters
Beziehen oder bezogen Sie zuletzt Leistungen des Jobcenters oder haben Sie Leistungen beantragt?
Name des Jobcenters, Aktenzeichen
nein ja
Bitte entsprechende Nachweise beifügen!
12 Sonstige Angaben
12.1 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?
12.2 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung
Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?
Name des Rentenversicherungsträgers
nein ja
12.3 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
<b>Б</b> . п.
L nein L ja

Versicherungsnummer

<ul> <li>12.4 Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als</li> <li>Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls,</li> <li>Berufskrankheit,</li> <li>Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,</li> <li>Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist,</li> <li>Folge einer Gewalttat im Sinne des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch - Soziale Entschädigung,</li> <li>Verfolgtenleiden,</li> <li>Impfschaden?</li> </ul>
nein ia
Aktenzeichen
Welche Gesundheitsstörungen?
Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?  Bei welcher Stelle?  nein ja
12.5 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, Formular F0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII bitte beifügen.
Sind <b>Schadensersatzansprüche</b> geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?
Tag Monat Jahr
nein i ja, am
Bei welcher Stelle?
Aktenzeichen
<b>12.6</b> Haben Sie <b>in den letzten 4 Jahren</b> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?
Von welcher Stelle zuletzt?
nein ja
Aktenzeichen
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr



bis

vom

|Versicherungsnummer

Mutter-Kind-Leistungen / Vater-Kind-	em Rehabilitationsantrag bereits bei Ih Leistungen (Vorsorge oder Rehabilitat orden? (Vorhandene Unterlagen bitte Monat Jahr	ion) gestellt beziehungsweise sind
Aktenzeichen		
13 Antragstellung durch andere	Personen	
Wird der Antrag durch andere Person nein, weiter bei Ziffer 14 ja, der Antrag wird in Vertretung (Vollmacht oder Beschluss de	gestellt von	
Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls	Aktenzeichen)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de	Pi) Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
in der Eigenschaft als gesetzli	icher Vertreter Vormund	Betreuer Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer		
Adresszusatz		
Postleitzahl Wohnort		
Land		
Telefon	Telefax	
14 Kommunikationshilfen und a	nerkannte Hilfsmittel	
	Gebärdensprachdolmetschers bezieht der nutzen Sie behinderungsbedingt e ler Assistenzhund)?	
Falls ja, ich bin angewiesen auf:		



Versicherungsnummer

lenschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf okumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.  ufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in einer für mich wahrnehmbaren Fotzusenden, und zwar   als Großdruck  in Braille (Kurzschrift)  in Braille (Kurzschrift)  als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)  als Hörmedium (CD-DAISY Format)   6 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)  ilz informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter  wow deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese  formationen auch gern zu.   6.1 Einwilligungserklärung  ih willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und  inrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden  ürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die  ir Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Einrichtungen und Sozialleistungsträger  ierzu erhalten haben.  rztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem  rankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem  entenversicherungsträger umgehend mittellen. Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger auch  uskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.   th willige ein, dass bereits vorhandene Enflassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitatio  entenversicherungsträger umgehend mittellen. Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger auch  uskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.   th willige ein, dass bereits vorhandene Enflassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitatio  entenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden	versici	nerungsnummer
lenschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf okumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.   ufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in einer für mich wahrnehmbaren Fouzusenden, und zwar   als Großdruck  in Braille (Kurzschrift)  in Braille (Kurzschrift)  als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)  als Hormedium (CD-DAISY Format)   6		
lenschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf okumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.   ufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in einer für mich wahrnehmbaren Fouzusenden, und zwar   als Großdruck  in Braille (Kurzschrift)  in Braille (Kurzschrift)  als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)  als Hormedium (CD-DAISY Format)   6		
okumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.  dfügrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in einer für mich wahrnehmbaren Folizusenden, und zwar  als Großdruck  in Braille (Kurzschrift)  als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)  als Hörmedium (CD-DAISY Format)  6 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)  //ir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter rww.deutsche-rentenwersicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese informationen auch gem zu.  6.1 Einwilligungserklärung  th willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und inrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erfellt werden irden, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die ird Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Einrichtungen und Sozialleistungsträgerezu erhalten haben.  rztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem rankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem entenversicherungsträger umgehend mittellen. Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger auch uskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.  th willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitationentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.  th weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen keinen versicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden Kann ich dem entenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antragen mangelmed Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Ansp	15	Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen
in Braille (Kurzschrift)  als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)  als Hörmedium (CD-DAISY Format)  6 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)  //ir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese formationen auch gern zu.  6.1 Einwilligungserklärung  1. Hinwilligungserklärung  1. Hinwilligung  1. Hinwilligung	Dokur Aufgru	nente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten. und meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in <b>einer</b> für mich wahrnehmbaren Fo
in Braille (Vollschrift)  als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)  als Hörmedium (CD-DAISY Format)  6 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)  i/ir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter  rww.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese  formationen auch gern zu.  6.1. Einwilligungserklärung  th. willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und  inrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden  urfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die  in Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Einrichtungen und Sozialleistungsträge  ierzu erhalten haben.  rztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem  rankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem  entenversicherungsträger umgehend mittellen. Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger auch  uskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.  th. willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation  entenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.  th. weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen ke  oweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Fo  ass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem  entenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antra  egen mangelnder Mitwirkung nicht entschieden unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antra  egen mangelnder Mitwirkung nicht e	a	als Großdruck
als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)  als Hörmedium (CD-DAISY Format)  6 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)  7 Ir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter rew. deutsche-rentenversicherung. de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese formationen auch gern zu.  6.1 Einwilligungserklärung - Hinvillige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und inrichtungen, die Ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden Dirfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die Benanten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Einrichtungen und Sozialleistungsträge ierzu erhalten haben.  7 Iztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem rankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem entenversicherungsträger umgehend mitteilen. Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger auch uskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.  6 Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitationentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.  7 Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen keinentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.  8 Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen keinentenversicherungsträgers keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antra eigen mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch gemäß § 66 SGB I versagt oder eistung entzogen werden kann.  8 Inweis: Wegen der Entbindung von	i	n Braille (Kurzschrift)
als Hörmedium (CD-DAISY Format)  6 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)  7 I/I informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter  7 I/I wurdutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese  8 I/I Einwilligungserklärung  9 I/I Einwilligungserklärung  9 I/I Einwilligungserklärung  10 I/I Einwilligungserklärung  10 I/I Einwilligungserklärung  10 I/I Einwilligungserklärung  10 I/I Einwilligung  11 I/I Einwilligung  12 I/I Einwilligung  13 I/I Einwilligung  14 I/I Einwilligung  15 I/I Einwilligung  16 I/I Einwilligung  17 I/I Einwilligung  18 I/I Einwil	ir	n Braille (Vollschrift)
6 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)  //ir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter ww.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese informationen auch gern zu.  6.1 Einwilligungserklärung  th willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und inrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden Dirfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die irß Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Einrichtungen und Sozialleistungsträge ierzu erhalten haben.  rztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem rankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem entenversicherungsträger umgehend mittellen. Löh willige ein, dass der Rentenversicherungsträger auch uskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.  Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitationentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kan oweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Foass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem entenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antragen mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch gemäß § 66 SGB I versagt oder eistung entzogen werden kann.  Inweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich: der Antragstellerin / des Antragstel	a	als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)
ir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese formationen auch gern zu.  6.1 Einwilligungserklärung th willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und inrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden ürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die in Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Einrichtungen und Sozialleistungsträge ierzu erhalten haben.  rztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem rankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem entenversicherungsträger umgehend mitteilen. Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger auch uskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.  ch willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitationentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen ker weise sen eine Einwilligungserklärung ertelle oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Forass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem entenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antragen mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch gemäß § 66 SGB I versagt oder eistung entzogen werden kann.  inweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich: der Antragstellerin / des Antragstellers der Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwillig	a	als Hörmedium (CD-DAISY Format)
formationen auch gern zu.  6.1 Einwilligungserklärung  th willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und inrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden ürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die in Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Einrichtungen und Sozialleistungsträge erzu erhalten haben.  rztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem rankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem entenversicherungsträger umgehend mitteilen. Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger auch uskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.  ch willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kein weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kein weise einem eine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Fo ass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem entenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antra egen mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch gemäß § 66 SGB I versagt oder eistung entzogen werden kann.  linweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich: der Antragstellerin / des Antragstellers der des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten  ist beigefügt  wird nac	16	Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)
th willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und inrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteit werden ürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die ürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die ürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die in Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Einrichtungen und Sozialleistungsträge ierzu erhalten haben.  rztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem rankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem entenversicherungsträger umgehend mitteilen. Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger auch uskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.  Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitationentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden Rehabilitationentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.  Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kannetenversicherungsträgerklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerurfe, hat dies zur Fo ass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem entenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antra egen mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch gemäß § 66 SGB I versagt oder eistung entzogen werden kann.  Inweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich: der Antragstellerin / des Antragstellers der Geschäftsunfähigkeit bezi	www.c	deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese
entenversicherungsträger umgehend mitteilen. Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger auch uskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.  ch willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.  ch weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kan oweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Folgass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem entenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antralegen mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch gemäß § 66 SGB I versagt oder eistung entzogen werden kann.  inweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich: der Antragstellerin / des Antragstellers der des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).  Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten ist beigefügt wird nachgereicht	Einrich dürfer mir Be nierzu Ärztlic	ntungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden n, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die enannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Einrichtungen und Sozialleistungsträge erhalten haben. he Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem
entenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.   h weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kan  oweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Forass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem  entenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antra- egen mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch gemäß § 66 SGB I versagt oder  eistung entzogen werden kann.  inweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:  der Antragstellerin / des Antragstellers  der  des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder  Einwilligungsfähigkeit).  Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten   ist beigefügt wird nachgereicht	Rente	nversicherungsträger umgehend mitteilen. Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger auch
oweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Fo ass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem entenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antra egen mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch gemäß § 66 SGB I versagt oder eistung entzogen werden kann.  inweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich: der Antragstellerin / des Antragstellers der des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).  Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten ist beigefügt wird nachgereicht		
ass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem entenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antra egen mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch gemäß § 66 SGB I versagt oder eistung entzogen werden kann.  Inweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich: der Antragstellerin / des Antragstellers der des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).  Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten ist beigefügt wird nachgereicht	ch we	eiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen ka
der Antragstellerin / des Antragstellers der des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).  Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten  ist beigefügt wird nachgereicht	dass e Rente weger	erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem nversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antrag n mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch gemäß § 66 SGB I versagt oder
der des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).  Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten  ist beigefügt wird nachgereicht	Hinwe	eis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:
des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).  Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten  ist beigefügt wird nachgereicht	der A	Antragstellerin / des Antragstellers
Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten  ist beigefügt wird nachgereicht		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
ist beigefügt wird nachgereicht		
ie Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht		
io gritoroomit ontoo potoninaontiqion qollaat Holli.	Die Ur	nterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.



Versi	rsicherungsnummer	
	ah 7:44au 4.0.4	
	ch Ziffer <b>16.1</b>	fires Develop willing ish sin deep dev
Rent Pfleg pfleg Aufn Einri Einw dazu	ntenversicherungsträger das Formular egeversicherung weiterleitet. Ich willige egebedürftigen Person in der Rehabilita fnahmedaten und Entlassdaten meiner irichtungen Kontakt aufnehmen und die willigungen ganz oder teilweise mit Wirzu, dass der zuständige Pflegeversiche	ftigen Person wünsche, willige ich ein, dass der G0111 mit meinen Daten und meinen Bewilligungsbescheid an die ein, dass der zuständige Pflegeversicherungsträger die Versorgung der tionseinrichtung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung mit den stationären Rehabilitation koordiniert und zu diesem Zweck mit den erforderlichen Daten übermitteln kann. Ich weiß, dass ich jederzeit meine kung für die Zukunft widerrufen kann. Eine fehlende Einwilligung führt rungsträger die gleichzeitige Versorgung der pflegebedürftigen Person in r stationären Pflegeeinrichtung nicht organisieren kann.
Ort, D	Datum	Unterschrift
40.0	O Information	
Wir robige Arbe gese Eber	igen Einwilligung erhalten haben, an an peit, Versorgungsamt oder Berufsgenos setzliche Aufgabenerfüllung oder für die	s wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer dere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für senschaft) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Sieger und der Medizinische Dienst die medizinischen Daten, die dort bereits
beau Grun Sie k aller	auftragende Gutachter oder Rehabilitati undlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Numm e können einer solchen Weitergabe abe	r jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann eistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor
lch r	nehme zur Kenntnis, dass	
- me Dia	neine Krankenkasse dem Rentenversicl	herungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise 3 Jahre übermittelt.
- ich	ch gegenüber meiner Krankenkasse dei	r Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.
Dies	es gilt nicht für Mitglieder privater Kranke	enversicherungen.
		e Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ng von Leistungen ausschließen können.
(zum		erung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen chen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und sicherungsträger sofort mitzuteilen.
17	Unterschrift	
0-1-5	Datum	Undergradusta
Ort. D	, Datum	Unterschrift



Versicherungsnummer										
			ı	ı	ı			1		

**18 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse**Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt, benötigen wir das Institutionskennzeichen der Krankenkasse.

Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen							
						 		1
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift								
		Dat	um					