

3 Angaben zum Familienstand und Beruf**3.1** Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes) **0** ledig **1** verheiratet **2** geschieden **3** verwitwet**3.2** Zuletzt ausgeübte/r Erwerbstätigkeit / Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)**4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben**

(bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)

 0 nicht erwerbstätig (z. B. Hausfrau / -mann, Rentner/in) **1** Auszubildender / Auszubildende (Anlernling, Praktikant/in, Volontär/in, Student/in) **2** ungelernter Arbeiter / ungelernete Arbeiterin (nicht als Facharbeiter/in tätig) **3** angelernter Arbeiter / angelernte Arbeiterin in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter/in tätig) **4** Facharbeiter / Facharbeiterin **5** Meister, Polier **6** Angestellter / Angestellte **7** Beamter, Beamtin / DO-Angestellter, DO-Angestellte, Versorgungsempfänger/in im Sinne des Beamtenrechtes **8** Selbständiger / Selbständige**5 Arbeit vor Antragstellung bzw. vor aktueller Arbeitsunfähigkeit** **0** nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft) **1** Ganztagsarbeit **ohne** Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht **2** Ganztagsarbeit **mit** Wechselschicht / Akkord **3** Ganztagsarbeit **mit** Nachtschicht **4** Teilzeitarbeit, **weniger** als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit **5** Teilzeitarbeit, **mindestens** die Hälfte der üblichen Arbeitszeit **6** ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / -mann **7** arbeitslos im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB III) **8** Heimarbeit **9** Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen**6 Strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm)**

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

 nein ja**7 Krankenkasse**

Name

Straße, Hausnummer

Telefon

Postleitzahl

Ort

 Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenversicherung

(Wir empfehlen Ihnen, Ihre private Krankenversicherung von der Antragstellung, ggf. von der Bewilligung bzw. Ablehnung zu unterrichten.)

8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Name

Straße, Hausnummer

Telefon

Postleitzahl

Ort

9 Beiträge zur Rentenversicherung

9.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

nein ja

9.2 Haben Sie Beiträge zur Rentenversicherung im Ausland gezahlt?

nein ja
Staat

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

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 sechs 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 (z. B. 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
von - bis
Vollerwerbsphase
von - bis
Freistellungsphase

12.3 Haben Sie das **58. Lebensjahr** vollendet **und** haben Sie als Bezieher von Arbeitslosengeld bei der Agentur für Arbeit die Erklärung nach **§ 428 SGB III** unterschrieben?

nein ja

13 Sonstige Angaben**13.1** Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden

als

- Folge eines Arbeits- / Wegeunfalls,
- Berufskrankheit,
- Folge einer Wehr- oder Zivildienstbeschädigung,
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgtenleiden,
- Impfschaden?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<small>Von welcher Stelle?</small>	<small>Aktenzeichen</small>
<hr/>			
<small>Welche Gesundheitsstörungen?</small>			
<hr/>			

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<small>Bei welcher Stelle?</small>
-------------------------------	-----------------------------	------------------------------------

13.2 Bestehen bei Ihnen Gesundheitsstörungen als Folge einer **durch Andere verursachten** Körperverletzung bzw. Krankheit (z. B. Verkehrsunfall, sonstiger Unfall, Ansteckung)?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<small>Welche Gesundheitsstörungen?</small>
-------------------------------	-----------------------------	---

Haben Sie **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<small>Bei welcher Stelle?</small>
-------------------------------	-----------------------------	------------------------------------

13.3 Haben Sie **in den letzten vier Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, z. B. Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<small>Von welcher Stelle zuletzt?</small>	<small>Aktenzeichen</small>
<hr/>			
<small>von - bis</small>			

14 Antragstellung durch eine andere Person

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von _____ Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichtes bitte beifügen!

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

15 Bankverbindung

<small>Bankleitzahl</small>	<small>Kontonummer</small>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Geldinstitut (Name, Ort)</small>		
<input type="text"/>		
<small>Kontoinhaberin / Kontoinhaber</small>		
<input type="text"/>		

16 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers

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 (z. B. Leistungen aus der gesetzlichen Renten-, Unfall-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

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) bzw. 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.

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 (z. B. 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 (z. B. zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Abs. 2 Nr. 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 Krankenhaus - bzw. Rehabilitationsaufenthalten) der letzten drei Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenkassen.

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.

17 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

18 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)

18.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen				
Sie / Er ist <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert					
Wurden für die Antragstellerin / den Antragsteller in den letzten vier Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 SGB V (ambulante Rehabilitationsleistungen), § 40 Abs. 2 SGB V (stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung) oder § 41 Abs. 1 SGB V (Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes) durchgeführt oder bezuschusst (vgl. § 12 Abs. 2 SGB VI)?					
Ggf. Art und Zeitraum der Leistung					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Anmerkung Nicht anzugeben sind ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 2 und 4 SGB V) und Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 Abs. 1 SGB V).					
18.2 Werden zurzeit Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt? - nur ausfüllen, wenn die Krankenkasse nach § 28h Abs. 1 SGB IV auch Einzugsstelle für die Beiträge ist -					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,					
letzter Beitrag					
<table border="1"><tr><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		Monat	Jahr		
Monat	Jahr				
18.3 AUD-Beleg ist beigelegt					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift					
Datum					