Deutsche Rentenversicherung
Oldenburg-Bremen
Geschäftsstelle Bremen
Schwachhauser Heerstr. 34, 28209 Bremen
Postanschrift: Postfach 103707, 28037 Bremen

Telefon 0421 3407-0, Telefax 0421 3407-413
Service-Telefon 0800 100048028
info@drv-oldenburg-bremen.de
www.drv-oldenburg-bremen.de

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer bitte immer angeben	Kennzeichen (soweit bekannt)

Vorblatt zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke bei Inhaftierung

Anlage zum Rehabilitationsantrag (G 100) vom _____

Hinweis: Die Angaben im Rehabilitationsantrag sind für die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers maßgebend

Angaben zur Person

Name, Vorname	Geburtsdatum

1 Krankenversicherung

1.1 Wie waren Sie vor Ihrer Inhaftierung krankenversichert?

☐ Private Krankenversicherung ☐ Gesetzliche Krankenversicherung ☐ **Keine** Krankenversicherung (weiter bei 1.3)

Name und Anschrift der Krankenkasse

1.2 Waren Sie bei der letzten Krankenkasse lediglich familienversichert?

Falls ja, Name des Mitglieds

☐ nein ☐ ja

1.3 Wenn Sie bei keiner Krankenkasse versichert waren, müssen Sie eine Krankenkasse wählen

Gewünschte Krankenkasse (Name, Anschrift)

2 Aufenthalt

2.1 Hatten Sie vor der Inhaftierung eine amtlich gemeldete Adresse?

☐ nein, bitte weiter bei 2.2 ☐ ja	Falls ja, Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort

2.2 Falls **keine aktuelle amtliche Meldung** vorliegt, geben Sie bitte an, wo Sie sich in den letzten zwei Monaten vor der Inhaftierung **überwiegend** aufgehalten haben:

2.2.1 Zeitraum (von – bis)	Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)
2.2.1 Zeitraum (von – bis)	Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)
2.2.1 Zeitraum (von – bis)	Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Justizvollzugsanstalt

(Stempel)

Ort, Datum

Unterschrift d. Antragstellerin / Antragstellers