

Versicherungsnummer

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

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

Eingangsstempel



**Deutsche
Rentenversicherung**

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Antrag auf Weiterzahlung einer Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute über den Wegfallmonat hinaus

Dieser Antragsvordruck ist nur zu verwenden, wenn bereits eine Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute wegen verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau auf Zeit geleistet wird

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten 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). Wir 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 Informationen auch gern zu.

1 Angaben zur Person

Name
Vorname (Rufname)
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)
Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)
Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Straße, Hausnummer
Adresszusatz
Postleitzahl, Wohnort
Land
Telefon
Telefax



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

2 Antragstellung durch andere Personen - Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen -

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)
in der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer
Adresszusatz
Postleitzahl, Wohnort
Land
Telefon
Telefax

3 Zusätzliche Angaben zum Rentenanspruch seit Beginn der Zeitrente

3.1 Üben Sie eine Beschäftigung aus? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit / vom <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> genaue Anschrift des Arbeitgebers _____ _____ Art und Umfang der Beschäftigung (Tage pro Woche, Stunden täglich)	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr										
Tag	Monat	Jahr										
3.2 Sind Sie arbeitsuchend gemeldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bei _____ Kundennummer / Aktenzeichen _____	Tag	Monat	Jahr									
Tag	Monat	Jahr										



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

3.3 Sind oder waren Sie selbständig erwerbstätig?

nein

ja, seit / vom

Tag	Monat	Jahr
_	_	_ _

 bis

Tag	Monat	Jahr
_	_	_ _

Art und Umfang der selbständigen Tätigkeit (Tage pro Woche, Stunden täglich)

3.4 Haben Sie einen Hausarzt?

nein

ja, Name, Vorname _____
Fachrichtung _____
genaue Anschrift _____

Telefonnummer _____
Behandlung wegen _____

3.5 Waren Sie seit der letzten Feststellung des Rentenanspruchs bei weiteren Ärzten in **ambulanter** Behandlung?

nein

ja, **Name, Vorname** _____
Fachrichtung _____
genaue Anschrift _____

Telefonnummer _____
Behandlung wegen _____
in Behandlung seit

Tag	Monat	Jahr
_	_	_ _

 wann zuletzt

Tag	Monat	Jahr
_	_	_ _

Name, Vorname _____
Fachrichtung _____
genaue Anschrift _____

Telefonnummer _____



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Grid for insurance number

Grid for license plate

noch Ziffer 3.5

Behandlung wegen

Grid for start date (Tag, Monat, Jahr)

wann zuletzt

Grid for end date (Tag, Monat, Jahr)

in Behandlung seit

Name, Vorname

Fachrichtung

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

Grid for start date (Tag, Monat, Jahr)

wann zuletzt

Grid for end date (Tag, Monat, Jahr)

in Behandlung seit

Name, Vorname

Fachrichtung

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

Grid for start date (Tag, Monat, Jahr)

wann zuletzt

Grid for end date (Tag, Monat, Jahr)

in Behandlung seit

Name, Vorname

Fachrichtung

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

Grid for start date (Tag, Monat, Jahr)

wann zuletzt

Grid for end date (Tag, Monat, Jahr)

in Behandlung seit



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

3.6 Waren Sie seit der letzten Feststellung des Rentenanspruchs in **stationärer** Krankenhausbehandlung oder ist eine solche Behandlung vorgesehen?

nein

ja, **Name des Krankenhauses** _____

genaue Anschrift _____

Abteilung, Station _____

Behandlung wegen _____

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Name des Krankenhauses _____

genaue Anschrift _____

Abteilung, Station _____

Behandlung wegen _____

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Name des Krankenhauses _____

genaue Anschrift _____

Abteilung, Station _____

Behandlung wegen _____

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Name des Krankenhauses _____

genaue Anschrift _____

Abteilung, Station _____



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 3.6

Behandlung wegen _____

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

3.7 Haben sich die Krankheitsmerkmale geändert?

nein

ja, Änderung bitte angeben _____

3.8 Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Kur) oder zur Teilhabe am Arbeitsleben (Umschulung) erbracht worden?

nein

ja, Ort _____

Kostenträger, Aktenzeichen _____

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

3.9 Haben Sie zurzeit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Kur) oder zur Teilhabe am Arbeitsleben (Umschulung) beantragt?

nein

ja, bei welcher Stelle _____

Aktenzeichen _____

am

Tag	Monat	Jahr

3.10 Wurde eine ärztliche Untersuchung veranlasst?

nein

ja, von welcher Stelle _____

Aktenzeichen _____

am

Tag	Monat	Jahr



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

3.11 Wurde eine Begutachtung für die Pflegeversicherung veranlasst?

nein

ja, von welcher Stelle _____

Aktenzeichen _____

am

Tag	Monat	Jahr

3.12 Haben Sie während des Rentenbezuges die Feststellung / Verlängerung der Schwerbehinderteneigenschaft oder die Feststellung eines höheren Grades der Behinderung beantragt?

nein

ja, bei welcher Stelle _____

Aktenzeichen _____

am

Tag	Monat	Jahr

Schwerbehindertenausweis, Anerkennungsbescheid oder Ablehnungsbescheid

ist beigefügt liegt noch nicht vor wird nachgereicht

3.13 Damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen machen können, haben Sie die Möglichkeit, Ihre persönliche Einschätzung in dem **Vordruck R0215** einzubringen.

3.14 Beziehen Sie kurzfristiges Erwerbseinkommen (zum Beispiel Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, vergleichbare Leistungen von einer Stelle außerhalb Deutschlands) oder haben Sie eine der genannten Leistungen beantragt? Bitte auch dann beantworten, wenn die Leistung ruht oder Einkommen angerechnet wird.

nein

ja, Bezugszeitraum vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung _____

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen _____



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Grid for insurance number

Grid for identification number

3.15 Erhalten Sie Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete oder Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (zum Beispiel als Minister)?

nein ja

3.16 Erzielen Sie steuerrechtlichen Gewinn, also Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit, gegebenenfalls auch im Ausland? Hierzu gehören auch Einkünfte aus Photovoltaik, Solarenergie, Windenergie und so weiter.

nein ja

3.17 Erhalten Sie Vorruhestandsgeld?

nein ja

4 Andere Leistungen

4.1 Beziehen oder bezogen Sie zuletzt Leistungen, die Einkommen vorübergehend ersetzen (zum Beispiel bei vorübergehender Krankheit, bei Arbeitslosigkeit, bei Insolvenz des Arbeitgebers, bei witterungsbedingtem Arbeitsausfall, bei Kurzarbeit, bei Schwangerschaft, wegen eines Unfalles oder während einer Rehabilitation) oder Leistungen zur Sicherung des Grundeinkommens (zum Beispiel Bürgergeld, Grundsicherung, Mindestsicherung, Existenzsicherung, Mietzuschüsse, Wohngeld, Bekleidungs-geld, Leistungen bei Pflegebedürftigkeit)?

nein

ja, Bezugszeitraum vom [Tag Monat Jahr] bis [Tag Monat Jahr]

beantragt am [Tag Monat Jahr]

zahlende Stelle _____

Aktenzeichen _____

Art der Leistung _____

Bezugszeitraum vom [Tag Monat Jahr] bis [Tag Monat Jahr]

beantragt am [Tag Monat Jahr]

zahlende Stelle _____

Aktenzeichen _____

Art der Leistung _____



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 4.1

Bezugszeitraum vom

Tag	Monat	Jahr

bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle _____

Aktenzeichen _____

Art der Leistung _____

Bezugszeitraum vom

Tag	Monat	Jahr

bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle _____

Aktenzeichen _____

Art der Leistung _____

Bezugszeitraum vom

Tag	Monat	Jahr

bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle _____

Aktenzeichen _____

Art der Leistung _____

4.2 Beziehen oder bezogen Sie sonstige Leistungen (zum Beispiel Leistungen für Kindererziehung oder Leistungen der Kriegsofopferfürsorge)?

nein

ja, **Bezugszeitraum vom**

Tag	Monat	Jahr

bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle _____

Aktenzeichen _____

Art der Leistung _____



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

5 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

5.1 Besteht eine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen?

nein,

ja, seit

Tag	Monat	Jahr

Name der Krankenkasse / der Krankenversicherung

Anschrift

6 Dokumentenzugang

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform. Meine De-Mail-Adresse lautet:

7 Anlagen



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

Erklärung für den Rentenversicherungsträger

Erklärung und Information zum Antrag auf Weiterzahlung einer Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute

1 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Rentenbeginn

- eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen beziehungsweise nach Arbeitsunfähigkeit wieder ausgeübt wird oder
- sich eine Änderung der Höhe des Arbeitsentgelts oder des Arbeitseinkommens / steuerrechtlichen Gewinns ergibt oder
- ein kurzfristiges Erwerbsersatz Einkommen beantragt oder gezahlt wird oder
- eine Leistung nach Ziffer 4 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

2 Versicherung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich die gesundheitliche Beeinträchtigung meiner Erwerbsfähigkeit weder absichtlich herbeigeführt noch mir bei einer Handlung zugezogen habe, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist.

3 Information der Antragstellerin / des Antragstellers

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir **medizinische Daten**, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer Einwilligung erhalten, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter oder Berufsgenossenschaften) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) 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 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (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 der privaten Krankenkassen.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bitte weiter bei Ziffer 4.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

4 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

4.1 Einwilligungserklärung der / des Rentenberechtigten

Ich willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden dürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die von mir Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen hierzu erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. **Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch Auskünfte 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.

Für den Fall, dass meine gesundheitlichen Einschränkungen auf einem schädigenden Ereignis beruhen, an dem ein Dritter beteiligt war, und vom Rentenversicherungsträger zu prüfen ist, ob die in diesem Zusammenhang entstandenen beziehungsweise entstehenden Kosten vom Schadensverursacher zu erstatten sind (Einleitung eines Regressverfahrens), **willige ich ein**, dass die Deutsche Rentenversicherung die im laufenden Verfahren anfallenden ärztlichen Gutachten / Befundberichte, Krankheitsberichte (Krankengeschichte) und Röntgenaufnahmen, die von der Rentenversicherung erstellten Entlassungsberichte sowie die von mir beigefügten beziehungsweise bereits vorliegenden ärztlichen Unterlagen, soweit es für die Durchsetzung von Schadensersatzforderungen erforderlich ist, dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel dem Schädiger oder seiner Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlässt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen (§§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch, §§ 116, 119 SGB X).

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Soweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Folge, dass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem Rentenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antrag wegen fehlender Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch nach § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person bitte weiter bei Ziffer 4.2.

Ort, Datum

Unterschrift der rentenberechtigten Person



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

4.2 Einwilligungserklärung der Betreuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

Bei nachgewiesener fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person ist für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers erforderlich.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Ort, Datum

Unterschrift der betreuenden Person

Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung als Nachweis der fehlenden Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

ist beigelegt.

wird nachgereicht.



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

Erklärung für die Antragstellerin / den Antragsteller

Erklärung und Information zum Antrag auf Weiterzahlung einer Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute

1 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenantrags bis zum Rentenbeginn

- eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen beziehungsweise nach Arbeitsunfähigkeit wieder ausgeübt wird oder
- sich eine Änderung der Höhe des Arbeitsentgelts oder des Arbeitseinkommens / steuerrechtlichen Gewinns ergibt oder
- ein kurzfristiges Erwerbsersatz Einkommen beantragt oder gezahlt wird oder
- eine Leistung nach Ziffer 4 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

2 Versicherung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich die gesundheitliche Beeinträchtigung meiner Erwerbsfähigkeit weder absichtlich herbeigeführt noch mir bei einer Handlung zugezogen habe, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist.

3 Information der Antragstellerin / des Antragstellers

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir **medizinische Daten**, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer Einwilligung erhalten, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter oder Berufsgenossenschaften) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) 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 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (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 der privaten Krankenkassen.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bitte weiter bei Ziffer 4.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

4 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

4.1 Einwilligungserklärung der / des Rentenberechtigten

Ich willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden dürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die von mir Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen hierzu erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. **Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch Auskünfte 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.

Für den Fall, dass meine gesundheitlichen Einschränkungen auf einem schädigenden Ereignis beruhen, an dem ein Dritter beteiligt war, und vom Rentenversicherungsträger zu prüfen ist, ob die in diesem Zusammenhang entstandenen beziehungsweise entstehenden Kosten vom Schadensverursacher zu erstatten sind (Einleitung eines Regressverfahrens), **willige ich ein**, dass die Deutsche Rentenversicherung die im laufenden Verfahren anfallenden ärztlichen Gutachten / Befundberichte, Krankheitsberichte (Krankengeschichte) und Röntgenaufnahmen, die von der Rentenversicherung erstellten Entlassungsberichte sowie die von mir beigefügten beziehungsweise bereits vorliegenden ärztlichen Unterlagen, soweit es für die Durchsetzung von Schadensersatzforderungen erforderlich ist, dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel dem Schädiger oder seiner Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlässt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen (§§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch, §§ 116, 119 SGB X).

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Soweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Folge, dass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem Rentenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antrag wegen fehlender Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch nach § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person bitte weiter bei Ziffer 4.2.

Ort, Datum

Unterschrift der rentenberechtigten Person



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

4.2 Einwilligungserklärung der Betreuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

Bei nachgewiesener fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person ist für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers erforderlich.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Ort, Datum

Unterschrift der betreuenden Person

Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung als Nachweis der fehlenden Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

ist beigelegt.

wird nachgereicht.



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

Wortlaut der Gesetzestexte

§ 66 SGB I

Folgen fehlender Mitwirkung

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 69 SGB X (Auszug)

Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben

(1) Eine Übermittlung von Sozialdaten ist zulässig, soweit sie erforderlich ist

1. für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben worden sind oder für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe der übermittelnden Stelle nach diesem Gesetzbuch oder einer solchen Aufgabe des Dritten, an den die Daten übermittelt werden, wenn er eine in § 35 des Ersten Buches genannte Stelle ist,
2. für die Durchführung eines mit der Erfüllung einer Aufgabe nach Nummer 1 zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens einschließlich eines Strafverfahrens...

§ 76 SGB X (Auszug)

Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten

(1) Die Übermittlung von Sozialdaten, die einer in § 35 des Ersten Buches genannten Stelle von einem Arzt oder einer Ärztin oder einer anderen in § 203 Absätze 1 und 3 des Strafgesetzbuches genannten Person zugänglich gemacht worden sind, ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre.

(2) Absatz 1 gilt nicht

1. im Rahmen des § 69 Absatz 1 Nummern 1 und 2 für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass die betroffene Person der Übermittlung widerspricht; die betroffene Person ist von dem Verantwortlichen zu Beginn des Verfahrens in allgemeiner Form schriftlich oder elektronisch auf das Widerspruchsrecht hinzuweisen,
 - 1a. im Rahmen der Geltendmachung und Durchsetzung sowie Abwehr eines Erstattungs- oder Ersatzanspruchs,
2. im Rahmen des § 69 Absatz 4 und 5 und des § 71 Absatz 1 Satz 3, ...

Artikel 7 Absatz 3 Datenschutz-Grundverordnung (Auszug)

Bedingungen für die Einwilligung

(3) Die betroffene Person hat das Recht, ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. ...

