

Versicherungsnummer

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

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

--	--	--	--	--

Eingangsstempel
der Antrag aufnehmenden Stelle

Eingangsstempel
des Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur onkologischen Rehabilitation für Angehörige

G0202

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 §§ 60-65 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).

1 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name		Vorname (Rufname)	
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht		
	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers
Geburtsort (Kreis, Land)		Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		
Telefax (Angabe freiwillig)			

2 Angaben zur Person der Erkrankten / des Erkrankten

Angehörigenverhältnis zur Versicherten / zum Versicherten			
<input type="checkbox"/> Ehegatte, Lebenspartnerin / Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes		<input type="checkbox"/> Witwe / Witwer	
Versicherungsnummer der / des Erkrankten			
(soweit vorhanden)			
Name		Vorname (Rufname)	
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht		
	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers
Geburtsort (Kreis, Land)		Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		
Telefax (Angabe freiwillig)			



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

3 Angaben zum Familienstand und Beruf der Erkrankten / des Erkrankten

3.1 Familienstand (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
----------------------------	-------	----------------------------	-------------	----------------------------	------------	----------------------------	-----------

3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)

4 Arbeit der Erkrankten / des Erkrankten vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

<input type="checkbox"/> 0	nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)	<input type="checkbox"/> 1	Ganztagsarbeit ohne Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 2	Ganztagsarbeit mit Wechselschicht / Akkord
<input type="checkbox"/> 3	Ganztagsarbeit mit Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 4	Teilzeitarbeit, weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 5	Teilzeitarbeit, mindestens 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				

5 Krankenkasse der Erkrankten / des Erkrankten

Name	
Straße, Hausnummer	
Telefon	
Postleitzahl	Ort
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung	

6 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt der Erkrankten / des Erkrankten

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		Telefon	
Postleitzahl	Ort		



Versicherungsnummer _____	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR _____
------------------------------	---------------------------------	----------------------

7 Weitere Angaben über die Erkrankte / den Erkrankten

7.1	Wurden oder werden für die Erkrankte / den Erkrankten Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt oder wurden Anwartschaften bei Auflösung einer Ehe übertragen oder begründet oder wurde die Erkrankte / der Erkrankte nachversichert?
Name des Rentenversicherungsträgers _____ von - bis _____	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
7.2	Bezieht die Erkrankte / der Erkrankte eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?
Name des Rentenversicherungsträgers _____ Versicherungsnummer _____	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
7.3	Übt die Erkrankte / der Erkrankte eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?
Name und Anschrift des Dienstherrn oder des Trägers der Versorgungslast _____	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
7.4	Sind bei der Erkrankten / dem Erkrankten Gesundheitsstörungen anerkannt worden als
<ul style="list-style-type: none"> - Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls, - Berufskrankheit, - Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung, - Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist, - Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten, - Verfolgteneiden, - Impfschaden? 	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Von welcher Stelle? _____ Aktenzeichen _____
Welche Gesundheitsstörungen? _____	
7.5	Ist die zum Rehabilitationsantrag führende Minderung oder erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bei der Erkrankten / dem Erkrankten ganz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch andere Personen verursacht worden?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Formular F0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII bitte beifügen.	
Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	am _____ bei welcher Stelle? _____ Aktenzeichen _____



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

8 Weitere Angaben über die Versicherte / den Versicherten

8.1 Hat die Versicherte / der Versicherte Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8.2 Hat die Versicherte / der Versicherte Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?
Staat <input type="checkbox"/> von - bis <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8.3 Zahlt die Versicherte / der Versicherte aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Formular G0205 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!
8.4 Übt die Versicherte / der Versicherte eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

9 Antragstellung durch andere Personen

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?	
<input type="checkbox"/> nein, weiter bei Ziffer 10	
<input type="checkbox"/> ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von (Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen)	
Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)	
In der Eigenschaft als	
<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort
Telefax (Angabe freiwillig)	
für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 5 und 6 Ziffer 12.1)	
Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	

10 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Ist die Erkrankte / der Erkrankte auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzt sie / er behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, die Erkrankte / der Erkrankte ist angewiesen auf:



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

11 Dokumentenzugang

11.1 Per De-Mail

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:

De-Mail
noch De-Mail

11.2 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)

12 Erklärung und Information (nicht Zutreffendes streichen)

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.

12.1 Einwilligungserklärung

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. Wenn ich bei dieser Gelegenheit nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich 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.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **12.1**

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 beigelegten 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 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X).

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:

- der Erkrankten / des Erkrankten

oder

- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten

ist beigelegt

wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift

12.2 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) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Ebenfalls dürfen andere Sozialleistungsträger und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die medizinischen Daten, die dort bereits vorliegen, an uns weitergeben. 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).



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

--	--	--	--

12.3 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, Änderungen zu den Angaben in diesem Antrag dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

13 Unterschriften

13.1

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

13.2

Ort, Datum

Unterschrift der Erkrankten / des Erkrankten / des Betreuers

14 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse der Erkrankten / des Erkrankten

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

Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
Datum	



