



**Ergänzungsblatt zur Meldung zur Krankenversicherung der
Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V**

R0811

1 Angaben zur Person des Rentenantragstellers

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Geburtsname		Versicherungsnummer	

zu Ziffer 4 Angaben zur Prüfung der Vorversicherungszeit

<p>4.3 Wie waren Sie bisher krankenversichert? - Angaben sind frühestens ab 1.1.1992 erforderlich. Bestand jedoch Ihre letzte Versicherung vor dem 1.1.1992, geben Sie diese bitte auch an. - Zeitraum vom - bis</p>
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine



noch Ziffer 4.3

Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
4.4 Weitere Kinder zu Ziffer 4.4 des Vordrucks R0810:	
Kind 3	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Kindschaftsverhältnis	
<input type="checkbox"/> leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)	<input type="checkbox"/> volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Kind 4	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Kindschaftsverhältnis	
<input type="checkbox"/> leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)	<input type="checkbox"/> volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Kind 5	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Kindschaftsverhältnis	
<input type="checkbox"/> leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)	<input type="checkbox"/> volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Kind 6	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Kindschaftsverhältnis	
<input type="checkbox"/> leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)	<input type="checkbox"/> volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind



zu Ziffer 5 Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten

Name	Vorname (Rufname)
Geburtsname	Versicherungsnummer des Verstorbenen
5.4 Wie war der Verstorbene krankenversichert? - Angaben frühestens vom 1.1.1992 an - Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	



5.5 Weitere Kinder zu Ziffer 5.5 des Vordrucks R0810:

Kind 3

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / minderjähriges
Adoptivkind (zum Zeitpunkt der
Adoption)

volljähriges Adoptivkind
(zum Zeitpunkt der
Adoption)

Stiefkind

Pflegekind

Kind 4

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / minderjähriges
Adoptivkind (zum Zeitpunkt der
Adoption)

volljähriges Adoptivkind
(zum Zeitpunkt der
Adoption)

Stiefkind

Pflegekind

Kind 5

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / minderjähriges
Adoptivkind (zum Zeitpunkt der
Adoption)

volljähriges Adoptivkind
(zum Zeitpunkt der
Adoption)

Stiefkind

Pflegekind

Kind 6

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / minderjähriges
Adoptivkind (zum Zeitpunkt der
Adoption)

volljähriges Adoptivkind
(zum Zeitpunkt der
Adoption)

Stiefkind

Pflegekind

