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).

Sie können dieses Formular auch elektronisch ausfüllen auf:
www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0202

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name	Vorname
Geburtsname	frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers
Geburtsort (Kreis, Land)	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl / Wohnort	
Telefon	Telefax

2 Angaben zur Person der Erkrankten / des Erkrankten

Angehörigenverhältnis zur Versicherten / zum Versicherten

☐ Ehegatte, Lebenspartnerin / Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes ☐ Witwe / Witwer

Versicherungsnummer der / des Erkrankten (soweit vorhanden)	
Name	Vorname
Geburtsname	frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers
Geburtsort (Kreis, Land)	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)

G0202-00 DRV
Version 18018 - FORHAQ 1/2026 - Stand 29.04.2026

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **2**

Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Telefon	Telefax

3 Mitnahme einer pflegebedürftigen Person (nur bei stationärer medizinischer Rehabilitation)

Ist die Mitnahme einer pflegebedürftigen Person erforderlich?

☐ nein ☐ ja, Formular G0111 bitte beifügen!

4 Wunsch- und Wahlrecht (Angaben freiwillig)

Auf dieser Seite können Sie eintragen, in welcher Rehabilitationseinrichtung Sie die beantragte Leistung gerne durchführen möchten.

Zur Unterstützung Ihres Wunsch- und Wahlrechts finden Sie auf der Internetseite www.RV-Reha.de alle Rehabilitationseinrichtungen benannt, mit denen die Deutsche Rentenversicherung zusammenarbeitet.

Hier haben Sie die Möglichkeit, mehrere **(bis zu 3)** Wünsche zur Auswahl anzugeben.

Die Eintragungen sollten in der gewünschten Rangfolge vorgenommen werden. Unter 1. sollte dabei der von Ihnen am meisten bevorzugte Einrichtungswunsch stehen.

Sofern Sie keinen Wunsch äußern, unterbreitet Ihnen die Deutsche Rentenversicherung Vorschläge mit geeigneten Rehabilitationseinrichtungen.

Die beantragte Leistung sollte nach Möglichkeit in einer der nachfolgend benannten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden (Angaben freiwillig):

1. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

2. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

3. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

5 Angaben zum Familienstand und Beruf der Erkrankten / des Erkrankten

5.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)

☐ **0** ledig ☐ **1** verheiratet ☐ **2** geschieden ☐ **3** verwitwet

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

6 Arbeit der Erkrankten / des Erkrankten vor Antragstellung oder 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 / Hausmann

☐ **7** arbeitslos gemeldet

☐ **8** Heimarbeit

☐ **9** Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen

7 Krankenkasse der Erkrankten / des Erkrankten

Name	
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl / Ort	

☐ Gesetzliche Krankenkasse

☐ Private Krankenversicherung

8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt der Erkrankten / des Erkrankten

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl / Ort	

Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

9 Weitere Angaben über die Erkrankte / den Erkrankten

9.1 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

☐ nein ☐ ja

9.2 Bezieht die Erkrankte / der Erkrankte eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?

Name des Rentenversicherungsträgers | Versicherungsnummer

☐ nein ☐ ja

9.3 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

☐ nein ☐ ja

9.4 Sind bei der Erkrankten / dem Erkrankten Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- 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 Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch - Soziale Entschädigung,
- Verfolgtenleiden,
- Impfschaden?

Von welcher Stelle? | Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

Welche Gesundheitsstörungen?

Hat die Erkrankte / der Erkrankte aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

☐ nein ☐ ja

9.5 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?

☐ nein ☐ 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)?

am | bei welcher Stelle? | Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

10 Weitere Angaben über die Versicherte / den Versicherten

10.1 Hat die Versicherte / der Versicherte Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

☐ nein ☐ ja

10.2 Hat die Versicherte / der Versicherte Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

Staat — von - bis

☐ nein ☐ ja

10.3 Zahlt die Versicherte / der Versicherte aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?

☐ nein ☐ ja, Formular G0205 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!

10.4 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?

☐ nein ☐ ja

11 Antragstellung durch andere Personen

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?

☐ nein, weiter bei Ziffer 12

☐ ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von
(**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen**)

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)

In der Eigenschaft als

☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer

Postleitzahl	Wohnort

Telefon	Telefax

für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 6 und 7 Ziffer 14.1)

Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

12 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)?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, die Erkrankte / der Erkrankte ist angewiesen auf:

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

13 Dokumentenzugang 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)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

14 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.

14.1 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. **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.

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 beigefügt ☐ wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Wenn ich die Mitnahme einer pflegebedürftigen Person wünsche, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger das Formular G0111 mit meinen Daten und meinen Bewilligungsbescheid an die Pflegeversicherung weiterleitet. **Ich willige ein**, dass der zuständige Pflegeversicherungsträger die Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Rehabilitationseinrichtung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung mit den Aufnahmedaten und Entlassdaten meiner stationären Rehabilitation koordiniert und zu diesem Zweck mit den Einrichtungen Kontakt aufnehmen und die erforderlichen Daten übermitteln kann. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Eine fehlende Einwilligung führt dazu, dass der zuständige Pflegeversicherungsträger die gleichzeitige Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Rehabilitationseinrichtung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung nicht organisieren kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

14.2 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).

14.3 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.

Unterschriften

Ort, Datum	Unterschrift der Versicherten / des Versicherten
Ort, Datum	Unterschrift der Erkrankten / des Erkrankten / des Betreuers

15 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	

G0202-00 DRV
Version 18018 - FORHAQ 1/2026 - Stand 29.04.2026