

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
| |



Eingangsstempel der
Antrag aufnehmenden Stelle

Eingangsstempel des
Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte - Rehabilitationsantrag

G0100

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 diesen Antrag auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0100 stellen.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter **schriftlich** aufgefordert, diesen Antrag zu stellen?

nein ja, die Krankenkasse ja, die Agentur für Arbeit ja, das Jobcenter

Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen!

1 Beantragte Leistung

Bitte den Befundbericht (Formular S0051) und die Honorarabrechnung (Formular S0050) beifügen.

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation | Bitte Formular G0110 beifügen! |
| <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant | |
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen | Bitte Formular G0110 beifügen! |
| <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant <input type="checkbox"/> ambulant | |
| <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlungen | |
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur onkologischen Rehabilitation | Bitte Formular G0110 (sofern Sie keine Altersrente beziehen) und das Formular S0052 beifügen! |
| <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant | |
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation) | Bitte Formular G0130 beifügen! |
| <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeughilfe | Bitte die Formulare G0140 und G0142 beifügen! |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind | Bitte die Formulare G0133 und gegebenenfalls G0134 beifügen! |



| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
|---------------------|

2 Angaben zur Person

| | | | |
|--|--|--|--|
| Name | | Vorname (Rufname) | |
| Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) | Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) | Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.) | |
| Geburtsname | | frühere Namen | |
| Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf) | | Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de) | |
| Geburtsdatum | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers | | |
| Geburtsort | | Geburtsland | |
| Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis) | | | |
| Straße, Hausnummer | | | |
| Adresszusatz | | | |
| Postleitzahl | Wohnort | | |
| Land | | | |
| telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) | | Telefax (Angabe freiwillig) | |

3 Angaben zum Familienstand und Beruf

| | | | |
|---|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 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 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

(bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner) | <input type="checkbox"/> 1 Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student) | <input type="checkbox"/> 2 ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig) |
| <input type="checkbox"/> 3 angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig) | <input type="checkbox"/> 4 Facharbeiter | <input type="checkbox"/> 5 Meister, Polier |
| <input type="checkbox"/> 6 Angestellter | <input type="checkbox"/> 7 Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechts | <input type="checkbox"/> 8 Selbständiger |



| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
| |

5 Arbeit 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 | | | | |

6 Krankenkasse

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| Name | |
| Straße, Hausnummer | |
| Adresszusatz | |
| Postleitzahl | Ort |
| | |
| telefonisch tagsüber zu erreichen | |
| | |
| <input type="checkbox"/> | Gesetzliche Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> | Private Krankenversicherung |

7 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

| | | | |
|---|--|---|----------------------------------|
| Name | | Vorname (Rufname) | |
| Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) | | Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) | Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.) |
| Straße, Hausnummer | | | |
| Adresszusatz | | | |
| Postleitzahl | | Ort | |
| | | | |
| telefonisch tagsüber zu erreichen | | | |
| | | | |



| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
| |

13 Dokumentenzugang

13.1 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:

13.2 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)

14 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (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, Einrichtungen und Sozialleistungsträgern 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.



