

|                     |
|---------------------|
| 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).

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

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



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  |  |  |           |
| Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)   |  |  |           |
| Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)   |  |  |           |
| frühere Namen  |  |  |           |
| Staatsangehörigkeit  |  |  |           |
| gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit   |  |  | Tag<br>   |
| bis  |  |  | Monat<br> |
| Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)  |  |  | Jahr<br>  |
| Geburtsort   |  |  |           |
| Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers |  |  |           |
| Geburtsort   |  |  |           |
| Geburtsland  |  |  |           |
| Wohnort in <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> einem anderen Land  |  |  |           |
| Land   |  |  |           |
| Straße, Hausnummer   |  |  |           |
| noch Straße, Hausnummer  |  |  |           |
| Adresszusatz   |  |  |           |
| Postleitzahl, Wohnort  |  |  |           |
| noch Postleitzahl, Wohnort   |  |  |           |



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

noch Ziffer 2

|   |
|---|
| telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) |
|   |
| Telefax (Angabe freiwillig)                           |
|   |

### 3 Angaben zum Familienstand und Beruf

|   |  |                                       |                                      |
|---|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>3.1</b> 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 |
| <b>3.2</b> 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<br>(zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner)                 | <input type="checkbox"/> 1 Auszubildender<br>(Anlernling, Praktikant, Volontär, Student)              | <input type="checkbox"/> 2 ungelernter Arbeiter<br>(nicht als Facharbeiter tätig) |
| <input type="checkbox"/> 3 angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf<br>(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  |

### 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 <b>ohne</b> Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht      | <input type="checkbox"/> 2 Ganztagsarbeit <b>mit</b> Wechselschicht / Akkord                     |
| <input type="checkbox"/> 3 Ganztagsarbeit <b>mit</b> Nachtschicht                       | <input type="checkbox"/> 4 Teilzeitarbeit, <b>weniger</b> als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit | <input type="checkbox"/> 5 Teilzeitarbeit, <b>mindestens</b> 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     |   |  |



Versicherungsnummer

## 6 Krankenkasse

Name

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl, Ort

noch Postleitzahl, Ort

telefonisch tagsüber zu erreichen

Gesetzliche Krankenkasse       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

noch Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl, Ort

noch Postleitzahl, Ort

telefonisch tagsüber zu erreichen







Versicherungsnummer

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**10.7** Haben Sie unmittelbar vor diesem Rehabilitationsantrag bereits bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Mutter-Kind-Leistungen / Vater-Kind-Leistungen (Vorsorge oder Rehabilitation) gestellt beziehungsweise sind solche Leistungen zuvor verordnet worden? (Vorhandene Unterlagen bitte beifügen!)

nein  ja, am 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Name der Krankenkasse

Aktenzeichen

**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 / Dienststelle

Vorname (Rufname)

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

gegebenenfalls Aktenzeichen

Wohnort in  Deutschland  einem anderen Land

Land

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl, Wohnort

noch Postleitzahl, Wohnort







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

#### 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](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

##### 14.1 Datenschutzerklärung

**Ich willige ein**, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Einrichtungen, Sozialleistungsträgern und dem Medizinischen Dienst der Krankenkasse, 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. 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.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) - oder der §§ 116, 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) - die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

**Ich willige ein**, dass vom Rentenversicherungsträger beim Rehabilitationsverfahren im Sinne der §§ 15, 19 und 20 SGB IX im Rahmen einer gegebenenfalls durchzuführenden Teilhabeplankonferenz Sozialdaten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden dürfen, deren Erforderlichkeit zum Zeitpunkt der Durchführung der Teilhabeplankonferenz nicht abschließend bewertet werden kann (§ 23 Absatz 2 SGB IX).

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

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 mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch gem. § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.

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

- der Antragstellerin / des Antragstellers

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.

Ort, Datum

Unterschrift



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

**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) 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 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).

**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 privater Krankenkassen.

**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**, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

**15 Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**16 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse**

Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt, benötigen wir das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und das Formular G0120 - AUD-Beleg - von der Krankenkasse auszufüllen - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

|   |                         |
|---|-------------------------|
| <b>16.1</b> Name der Krankenkasse                         | Institutionskennzeichen |
| <b>16.2</b> AUD-Beleg ist beigefügt                       |                         |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                         |
| Stempel der Krankenkasse, Unterschrift                    |                         |
| Datum   |                         |

