

3 Angaben zum Familienstand und Beruf

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

0 ledig 1 verheiratet 2 geschieden 3 verwitwet

3.2 Zuletzt ausgeübte/r Erwerbstätigkeit / Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)

4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

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

0 nicht erwerbstätig (z. B. Hausfrau / -mann, Rentner/in) 1 Auszubildender / Auszubildende (Anlernling, Praktikant/in, Volontär/in, Student/in) 2 ungelernter Arbeiter / ungelernete Arbeiterin (nicht als Facharbeiter/in tätig)

3 angelernter Arbeiter / angelernte Arbeiterin in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter/in tätig) 4 Facharbeiter / Facharbeiterin 5 Meister, Polier

6 Angestellter / Angestellte 7 Beamter, Beamtin / DO-Angestellter, DO-Angestellte, Versorgungsempfänger/in im Sinne des Beamtenrechtes 8 Selbständiger / Selbständige

5 Arbeit vor Antragstellung bzw. vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

0 nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft) 1 Ganztagsarbeit **ohne** Wechsel- schicht / Akkord / Nachtschicht 2 Ganztagsarbeit **mit** Wechsel- schicht / 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 / -mann 7 arbeitslos gemeldet 8 Heimarbeit

9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen

6 Strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm)

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

0 nein 1 ja

7 Krankenkasse

Name

Straße, Hausnummer Telefon

Postleitzahl Ort

Gesetzliche Krankenkasse

Private Krankenversicherung
(Wir empfehlen Ihnen, Ihre private Krankenversicherung von der Antragstellung, ggf. von der Bewilligung bzw. Ablehnung zu unterrichten.)

8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Name

Straße, Hausnummer Telefon

Postleitzahl Ort

9 Beiträge zur Rentenversicherung

9.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

nein ja

9.2 Haben Sie Beiträge zur Rentenversicherung im Ausland gezahlt?

nein ja Staat

10 Beamteneigenschaft

Wird eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

nein ja

11 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

11.1 Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

nein ja Name des Rentenversicherungsträgers

11.2 Beabsichtigen Sie, in den nächsten sechs Monaten Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente zu beantragen?

nein ja

12 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente

12.1 Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (z. B. betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Anpassungsgeld, Knappschaftsausgleichsleistung)?

nein ja Art der Leistung

12.2 Haben Sie mit Ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung über **Altersteilzeitarbeit im Blockmodell** getroffen?

nein ja von - bis
Vollerwerbsphase
von - bis
Freistellungsphase

12.3 Haben Sie das **58. Lebensjahr** vollendet **und** haben Sie als Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II die Erklärung unterschrieben, wonach Sie zum frühestmöglichen Zeitpunkt Altersrente beantragen?

nein ja

13 Sonstige Angaben

13.1 Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden

als

- Folge eines Arbeits- / Wegeunfalls,
- Berufskrankheit,
- Folge einer Wehr- oder Zivildienstbeschädigung,
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgtenleiden,
- Impfschaden?

nein ja Von welcher Stelle? Aktenzeichen
Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

nein ja Bei welcher Stelle?

13.2 Bestehen bei Ihnen Gesundheitsstörungen als Folge einer **durch Andere verursachten** Körperverletzung bzw. Krankheit (z. B. Verkehrsunfall, sonstiger Unfall, Ansteckung)?

nein ja Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht?

nein ja Bei welcher Stelle?

13.3 Haben Sie **in den letzten vier Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, z. B. Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

nein ja Von welcher Stelle zuletzt? Aktenzeichen
von - bis

14 Antragstellung durch eine andere Person

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichtes bitte beifügen!

Name, Vorname / Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)

In der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Postleitzahl

Wohnort

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

15 Bankverbindung

Bankleitzahl

Kontonummer

Geldinstitut (Name, Ort)

Kontoinhaberin / Kontoinhaber

16 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wesentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (z. B. Leistungen aus der gesetzlichen Renten-, Unfall-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein,** dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) bzw. der §§ 116 / 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

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 (z. B. 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 (z. B. zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Abs. 2 Nr. 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 Krankenhaus - bzw. Rehabilitationsaufenthalten) der letzten drei Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenkassen.

Ermächtigung

Ich ermächtige den Rentenversicherungsträger hiermit widerruflich, eine nach § 32 SGB VI gegebenenfalls zu leistende Zuzahlung von dem unter Ziffer 15 des Antrages angegebenen Konto abzubuchen, falls die Rehabilitationseinrichtung den Zuzahlungsbetrag nicht bereits eingezogen hat.

17 Unterschrift

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

18 Bestätigung der Krankenkasse

- wird von der Krankenkasse ausgefüllt, sofern die Antragstellung über die Krankenkasse erfolgt -
(nur ausfüllen, wenn eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragt wird; entfällt bei privater Krankenversicherung)

18.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen						
Sie / Er ist <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert							
Wurden für die Antragstellerin / den Antragsteller in den letzten vier Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 SGB V (ambulante Rehabilitationsleistungen), § 40 Abs. 2 SGB V (stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung) oder § 41 Abs. 1 SGB V (Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes) durchgeführt oder bezuschusst (vgl. § 12 Abs. 2 SGB VI)?							
Ggf. Art und Zeitraum der Leistung							
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja							
<p>Anmerkung Nicht anzugeben sind ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 2 und 4 SGB V) und Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 Abs. 1 SGB V).</p>							
<p>18.2 Werden zurzeit Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt? - nur ausfüllen, wenn die Krankenkasse nach § 28h Abs. 1 SGB IV auch Einzugsstelle für die Beiträge ist -</p>							
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <table style="margin-left: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">letzter Beitrag</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Monat</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ </td> </tr> </table>		letzter Beitrag		Monat	Jahr	_ _	_ _ _
letzter Beitrag							
Monat	Jahr						
_ _	_ _ _						
<p>18.3 AUD-Beleg ist beigelegt</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja							
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift							
Datum							

Versicherungsnummer

G110

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

damit wir uns ein Bild von Ihren Beschwerden, Krankheiten und beruflichen Belastungen machen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit bei der Entscheidung und können zum Erfolg der Rehabilitation erheblich beitragen.

1 Arbeitsunfähigkeiten und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten sechs Monate arbeitsunfähig?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von - bis	wegen
Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?			
Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (z. B. Bluthochdruck, Herzerkrankung, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe:		
Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Art der Behinderung	GdB	Merkzeichen	seit
		%	

2 Arztbehandlungen

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten zwölf Monaten in Behandlung?		
Name und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

3 Begutachtungen

Sind Sie in den letzten zwölf Monaten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von der Agentur für Arbeit oder von einer anderen Stelle begutachtet worden?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und von welcher Stelle?

4 Arbeitsplatzbeschreibung (der Tätigkeit, die zurzeit / zuletzt verrichtet wird / wurde)

Name und Anschrift des Arbeitgebers		beschäftigt seit	Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb (ca.)																																
genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (z. B. Lkw-Fahrer - nicht Krstoffahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)		ausgeübt von - bis																																	
Arbeitshaltung <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"></td> <td style="width:33%; text-align:center;">ständig</td> <td style="width:33%; text-align:center;">überwiegend</td> <td style="width:33%; text-align:center;">zeitweise</td> </tr> <tr> <td>stehend</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>gehend</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>sitzend</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>gebückt</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Arme über Brusthöhe</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>kniend / hockend</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>auf Gerüsten / Leitern</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			ständig	überwiegend	zeitweise	stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kniend / hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	auf Gerüsten / Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heben / Tragen Art der Lasten: _____ Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende weitere Bemerkungen _____	
	ständig	überwiegend	zeitweise																																
stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
gehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
kniend / hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
auf Gerüsten / Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Arbeitsorganisation Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche <input type="checkbox"/> Ganztagsarbeit <input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit <input type="checkbox"/> andere Arbeitszeitmodelle _____ <input type="checkbox"/> regelmäßige Früh- / Spätschicht <input type="checkbox"/> regelmäßige Dreischicht <input type="checkbox"/> nur Nachtschicht <input type="checkbox"/> starrer maschinengebundener Arbeitstakt <input type="checkbox"/> Einzelakkord <input type="checkbox"/> Gruppenakkord Beschreibung _____		Äußere Einflüsse <input type="checkbox"/> Kälte, Zugluft, Nässe <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung <input type="checkbox"/> Rauchentwicklung <input type="checkbox"/> starker Lärm <input type="checkbox"/> Lärmschutz muss getragen werden <input type="checkbox"/> Erschütterungen / Vibrationen <input type="checkbox"/> Gerüche, Gase, Dämpfe, welche? _____ <input type="checkbox"/> hautreizende Stoffe, welche? _____ <input type="checkbox"/> atemwegsreizende Stoffe, welche? _____ <input type="checkbox"/> überwiegend im Freien <input type="checkbox"/> überwiegend in Rohbauten <input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt																																	
		Berufliches Krstoffahren <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Lkw <input type="checkbox"/> Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge <input type="checkbox"/> Personenbeförderung <input type="checkbox"/> Gefahrguttransport Sonstiges <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr <input type="checkbox"/> häufige Reisetätigkeit <input type="checkbox"/> Auswärts-Montage <input type="checkbox"/> Mitarbeiterführung <input type="checkbox"/> erhöhte Unfallgefahr <input type="checkbox"/> außerordentliche Konzentration erforderlich <input type="checkbox"/> lange Anfahrtszeiten _____ Min. <input type="checkbox"/> keine geregelten Pausen <input type="checkbox"/> überwiegend Bildschirmarbeit <input type="checkbox"/> besondere Anforderungen an das Sehvermögen (z. B. Feinarbeit)																																	
Bei welchen Tätigkeiten bestehen aktuell Einschränkungen?																																			
Weitere Bemerkungen zum Arbeitsplatz																																			

5 Betriebs- / Personalarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wegen
Ist ein Betriebs- / Personalarzt vorhanden?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Name, Anschrift und Telefon des Betriebs- / Personalarztes	
Ich bin damit einverstanden, dass sich der Rentenversicherungsträger und / oder der Arzt der Rehabilitationseinrichtung mit dem Betriebs- / Personalarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und ggf. weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Ort, Datum

Unterschrift