

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



**Deutsche  
Rentenversicherung**

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

Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)

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

|               |
|---------------|
| frühere Namen |
|---------------|

|                     |
|---------------------|
| Staatsangehörigkeit |
|                     |

gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit

Tag      Monat      Jahr

bis

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers

Geburtsort \_\_\_\_\_

Geburtsland

Wohnort in ☐ Deutschland ☐ einem anderen Land

Land

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Adresszusatz

|                       |
|-----------------------|
| Postleitzahl, Wohnort |
|-----------------------|

[illegible]

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

noch Ziffer 2

|                                                       |  |
|-------------------------------------------------------|--|
| 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<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<br>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,<br>Versorgungsempfänger im<br>Sinne des Beamtenrechts | <input type="checkbox"/> 8 Selbständiger                                          |

### 5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

|                                                                                               |                                                                                                         |                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (nicht<br>ankreuzen, wenn 6 oder 7<br>zutrifft) | <input type="checkbox"/> 1 Ganztagsarbeit <b>ohne</b><br>Wechselschicht / Akkord /<br>Nachtschicht      | <input type="checkbox"/> 2 Ganztagsarbeit <b>mit</b><br>Wechselschicht / Akkord                        |
| <input type="checkbox"/> 3 Ganztagsarbeit <b>mit</b><br>Nachtschicht                          | <input type="checkbox"/> 4 Teilzeitarbeit, <b>weniger</b> als<br>die Hälfte der üblichen<br>Arbeitszeit | <input type="checkbox"/> 5 Teilzeitarbeit, <b>mindestens</b><br>die Hälfte der üblichen<br>Arbeitszeit |
| <input type="checkbox"/> 6 ausschließlich Tätigkeit als<br>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                                                                      |
|                                                                                                        |
| <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                              |
|                                                 |
| noch Straße, Hausnummer                         |
|                                                 |
| Adresszusatz                                    |
|                                                 |
| Postleitzahl, Ort                               |
|                                                 |
| noch Postleitzahl, Ort                          |
|                                                 |
| telefonisch tagsüber zu erreichen               |
|                                                 |



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

## 8 Beiträge zur Sozialversicherung

**8.1** Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

☐ nein ☐ ja

**8.2** Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

☐ nein ☐ ja

|       |  |  |       |  |      |     |  |  |  |
|-------|--|--|-------|--|------|-----|--|--|--|
| Staat |  |  |       |  |      |     |  |  |  |
|       |  |  |       |  |      |     |  |  |  |
| Tag   |  |  | Monat |  | Jahr |     |  |  |  |
|       |  |  |       |  |      |     |  |  |  |
| vom   |  |  |       |  |      | bis |  |  |  |
| Tag   |  |  | Monat |  | Jahr |     |  |  |  |
|       |  |  |       |  |      |     |  |  |  |

**8.3** Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?

☐ nein ☐ ja, Formular G0105 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!

## 9 Bezug von Arbeitslosengeld II

Beziehen oder bezogen Sie im laufenden Kalenderjahr Arbeitslosengeld II?

☐ nein ☐ ja, bitte entsprechende Nachweise beifügen!

## 10 Sonstige Angaben

**10.1** 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

**10.2 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung**

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

☐ nein ☐ ja

|                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Name des Rentenversicherungsträgers |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**10.3 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente**

Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Knappschaftsausgleichsleistung)?

☐ nein ☐ ja

|                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Art der Leistung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



**10.4** Sind bei Ihnen 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 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?

**10.5** Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit** 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)?

☐ nein ☐ ja,

am 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

Bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

**10.6** Haben Sie **in den letzten 4 Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

☐ nein ☐ ja

Von welcher Stelle zuletzt?

Aktenzeichen

vom 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

 bis 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |



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 

|             |             |             |
|-------------|-------------|-------------|
| Tag         | Monat       | Jahr        |
| <div></div> | <div></div> | <div></div> |

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

noch Ziffer 11

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax (Angabe freiwillig)

Der Antrag wird gestellt in der Eigenschaft als

☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter

## 12 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:

## 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:

De-Mail

noch De-Mail

### 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](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 beigelegt

☐

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 beigelegt                       |  |                         |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |  |                         |
| Stempel der Krankenkasse, Unterschrift                    |  |                         |
|                                                           |  | Datum                   |
|                                                           |  |                         |

