



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).

(§ 66 SGB I).	
	riftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift rz oder blau
Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter s Antrag zu stellen?	chriftlich aufgefordert, diesen
nein ja, die Krankenkasse ja, die Agentur für Arbeit	ja, das Jobcenter
Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen!	
1 Beantragte Leistung	
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stationär ganztägig ambulant	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskrank	e Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!
Leistungen zur onkologischen Rehabilitation stationär ganztägig ambulant	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen!
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)	Anlage (Formular G0130) bitte beifügen!
Kraftfahrzeughilfe	Anlagen (Formulare G0140 und G0142) bitte beifügen!
Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zu Berufsausübung erforderlich sind	r Anlagen (Formular G0133 und gegebenenfalls G0134) bitte beifügen!



Versich	erun	gsni	umn	ner			

2 Angaben zur Person

Name	1
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)	bis
Geschlecht männlich	weiblich ohne Eintrag divers
Geburtsort Geschlecht männlich	
Geschlecht männlich	
Geburtsort Geschlecht männlich	
Geburtsort Geburtsland Geschlecht männlich Geburtsland	
Geburtsort Geschlecht männlich	weiblich ohne Eintrag divers
Geburtsort Geburtsland Geschlecht männlich Geburtsland	weiblich ohne Eintrag divers
Geburtsort Geburtsland Wohnort in Deutschland einem anderen Land	weiblich ohne Eintrag divers
Geburtsort Geburtsland Wohnort in Deutschland einem anderen Land	weiblich ohne Eintrag divers
Geburtsort Geburtsland Wohnort in Deutschland einem anderen Land Land	weiblich ohne Eintrag divers
Geburtsort Geburtsland Wohnort in Deutschland einem anderen Land Land	weiblich ohne Eintrag divers
Geburtsort Geburtsland Wohnort in Deutschland einem anderen Land Land Straße, Hausnummer	weiblich ohne Eintrag divers
Geburtsort Geburtsland Wohnort in Deutschland einem anderen Land Land Straße, Hausnummer	weiblich ohne Eintrag divers
Geburtsort Geburtsland Wohnort in Deutschland einem anderen Land Land Straße, Hausnummer noch Straße, Hausnummer	weiblich ohne Eintrag divers
Geburtsort Geburtsland Wohnort in Deutschland einem anderen Land Land Straße, Hausnummer noch Straße, Hausnummer	weiblich ohne Eintrag divers
Geburtsort Geburtsland Wohnort in Deutschland einem anderen Land Land Straße, Hausnummer Adresszusatz	weiblich ohne Eintrag divers
Geburtsort Geburtsland Wohnort in Deutschland einem anderen Land Land Straße, Hausnummer Adresszusatz	weiblich ohne Eintrag divers
Geburtsort Geburtsland Wohnort in Deutschland einem anderen Land Land Straße, Hausnummer Adresszusatz Postleitzahl, Wohnort	weiblich ohne Eintrag divers



Versicher	rungsnummer				
		_			
noch Zif	for 2				
	h tagsüber zu erreichen (Angabe freiwil	llig)			
Telefax (A	Angabe freiwillig)				
	ngaben zum Familienstand u				
	amilienstand (gilt auch für einge spartnerschaftsgesetzes)	etragene	Lebenspartnerschaften im Sin	ne des	
0	ledig 1 verheir	atet	2 geschieden	;	3 verwitwet
3.2 Z	uletzt ausgeübte Erwerbstätigk	eit / zule	tzt ausgeübter Beruf (möglichs	t genaue	Bezeichnung)
	erzeitige Stellung im Beruf / l eitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit			ellung dav	<i>y</i> or an)
0	nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau /	1	Auszubildender (Anlernling, Praktikant,	2	ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter
	Hausmann, Rentner)		Volontär, Student)		tätig)
3	angelernter Arbeiter in	4	Facharbeiter	5	Meister, Polier
	anerkanntem Anlernberuf		i acriarbeitei		Weister, i oner
	(nicht als Facharbeiter tätig)				
6	Angestellter	7	Beamter / DO-Angestellter,	8	Selbständiger
			Versorgungsempfänger im		
			Sinne des Beamtenrechts		
5 A	rbeit vor Antragstellung oder	vor akt	ueller Arbeitsunfähigkeit		
0	nicht onverhetätig (nicht	1	Ganztagsarbeit ohne	2	Canztaggarhait mit
	nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7		Wechselschicht / Akkord /		Ganztagsarbeit mit Wechselschicht / Akkord
	zutrifft)		Nachtschicht		
3	Ganztagsarbeit mit	4	Teilzeitarbeit, weniger als	5	Teilzeitarbeit, mindestens
	Nachtschicht		die Hälfte der üblichen Arbeitszeit		die Hälfte der üblichen Arbeitszeit
6	ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann	7	arbeitslos gemeldet	8	Heimarbeit
	i idasii aa / i idasiiidiiii				
9	Beschäftigung in einer Werkst	att für he	hinderte Menschen		
	2000 languing in onior works	a iui DC	doito Mondonon		



6 Krankenkasse										
Name										
Straße, Hausnummer						1 1				
noch Straße, Hausnummer						1 1				
Adresszusatz										
Postleitzahl, Ort						1 1				
noch Postleitzahl, Ort					1 1 1					1
telefonisch tagsüber zu erreichen										
		1								
Gesetzliche Krankenkasse		Private	e Krankeı	nversiche	rung					
7 Behandelnde Ärztin / beha	ındelnd	er Arzt								
Name								1		
Name Vorname (Rufname)	1 1		1 1 1	1 1	1 1 1	1 1				
						1 1				
Vorname (Rufname) Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	an, de)									
Vorname (Rufname)	ın, de)									
Vorname (Rufname) Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, va	an, de)									
Vorname (Rufname) Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, va	an, de)								1 1 1	
Vorname (Rufname) Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, va Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.) Straße, Hausnummer	an, de)									
Vorname (Rufname) Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, va Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.) Straße, Hausnummer	an, de)									
Vorname (Rufname) Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, va Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.) Straße, Hausnummer noch Straße, Hausnummer Adresszusatz	an, de)									
Vorname (Rufname) Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, va Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.) Straße, Hausnummer noch Straße, Hausnummer Adresszusatz Postleitzahl, Ort	an, de)									



Versicherungsnummer
O Poitui no mus Cominhamaniah amus n
8 Beiträge zur Sozialversicherung
8.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?
nein i ja
8.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?
Staat
nein ja Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
vom bis
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 ig, 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 ia
10.2 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung
Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?
Name des Rentenversicherungsträgers
nein ja
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)?
Art der Leistung
nein lia



Versiche	erungsr	numn	ner			
		1	L			

<u>.</u>	
- Folge eines Arbeitst - Berufskrankheit,	Gesundheitsstörungen anerkannt worden als unfalls oder Wegeunfalls, enstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,
- Folge einer gesundl	neitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist, at im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgtenleiden, - Impfschaden?	3 3 1
	Von welcher Stelle?
nein ja	Aktenzeichen
	Welche Gesundheitsstörungen?
Haben Sie aktuell ein	en entsprechenden Antrag gestellt?
L _	Bei welcher Stelle?
nein ja	
	abilitationsantrag führende Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer nz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch andere Personen verursacht worden?
	Formular F0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO,
Sind Schadensersat	§ 110 SGB VII bitte beifügen. zansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten
	§ 110 SGB VII bitte beifügen. zansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten
Sind Schadensersat	§ 110 SGB VII bitte beifügen. zansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten schaften)?
Sind Schadensersat Versicherungsgesells	§ 110 SGB VII bitte beifügen. zansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten schaften)? Tag Monat Jahr
Sind Schadensersat Versicherungsgesells	§ 110 SGB VII bitte beifügen. zansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten schaften)? Tag Monat Jahr am
Sind Schadensersat Versicherungsgesells	§ 110 SGB VII bitte beifügen. zansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten schaften)? Tag Monat Jahr am Bei welcher Stelle?
Sind Schadensersat Versicherungsgesells nein ja, 10.6 Haben Sie in de	§ 110 SGB VII bitte beifügen. zansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten schaften)? Tag Monat Jahr am Bei welcher Stelle? Aktenzeichen en letzten 4 Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer
Sind Schadensersat Versicherungsgesells nein ja, 10.6 Haben Sie in de	§ 110 SGB VII bitte beifügen. zansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten schaften)? Tag Monat Jahr am Bei welcher Stelle? Aktenzeichen
Sind Schadensersat Versicherungsgesells nein ja, 10.6 Haben Sie in de	§ 110 SGB VII bitte beifügen. zansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten schaften)? Tag Monat Jahr am Bei welcher Stelle? Aktenzeichen en letzten 4 Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?
Sind Schadensersat Versicherungsgesells nein ja, 10.6 Haben Sie in de Rehabilitationsträger,	§ 110 SGB VII bitte beifügen. zansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten schaften)? Tag Monat Jahr am Bei welcher Stelle? Aktenzeichen en letzten 4 Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten? Von welcher Stelle zuletzt?
Sind Schadensersat Versicherungsgesells nein ja, 10.6 Haben Sie in de Rehabilitationsträger,	§ 110 SGB VII bitte beifügen. zansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten schaften)? Tag Monat Jahr am Bei welcher Stelle? Aktenzeichen en letzten 4 Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten? Von welcher Stelle zuletzt?



10.7 Haben Sie unm Mutter-Kind-Leistung solche Leistungen zu	en / Va	ater-l rordr	Kind- net w	Leis	tung en?	gen (Vo	(Vo	rso	rge	ode	r Re	ehab	ilita	tior	ı) ge	este	ellt						
nein ja,	am		ug L																				
	Name	der Kr	anker	nkass	е																		
	Aktenz	zeiche	n		1								1				1						 1
													1	1								 	 1
11 Antragstellung	g durc	h an	dere	Per	son	nen																	
Wird der Antrag durc	h ande	ere P	erso	nen	ges	tellt	?																
nein, weiter bei 2	Ziffer 1	2																					
ja, der Antrag wi (Vollmacht ode								te b	eifi	iaeı	1)												
Name / Dienststelle											-,										1		
Vorname (Rufname)					1			1															
vername (ramame)	1 1	1	1 1	1	1	1	1	ı		1 1		1	1	1		1	1	1	1	1			
Namenszusatz (Beispiel: F	reifrau,	Graf)		ı				1					ı										
Vorsatzworte zum Namen (Poignio	l: von,	van, c	le)			1	I	1	Ш													
V OI COLLETTORIO ZUITI I TUITIONI	Deishie																						
				ı				1		ш													
		I																					
Titel (Beispiel: Prof. Dr. me	d.)																	ı					
Titel (Beispiel: Prof. Dr. me	d.)																						
Titel (Beispiel: Prof. Dr. me	d.)	and		ein	em	and	lere	n La	and								1						
Titel (Beispiel: Prof. Dr. meggegebenenfalls Aktenzeich	ed.)	and		ein	em	and	lere	n La	and														
Titel (Beispiel: Prof. Dr. meggegebenenfalls Aktenzeich Wohnort in De	ed.)	and		ein	em	and	lere	n L:	and														
Titel (Beispiel: Prof. Dr. megegebenenfalls Aktenzeich Wohnort in De Land Straße, Hausnummer	d.) en utschla	and		ein	em	and	lere	n L:	and														
Titel (Beispiel: Prof. Dr. me gegebenenfalls Aktenzeich Wohnort in De Land Straße, Hausnummer	d.) en utschla	and		ein	em	and	lere	n L:	and														
Titel (Beispiel: Prof. Dr. me gegebenenfalls Aktenzeich Wohnort in De Land Straße, Hausnummer noch Straße, Hausnummer Adresszusatz	d.) en utschla	and		ein	em	and	dere	n La	and								1						
Titel (Beispiel: Prof. Dr. me	d.) en utschla	and		ein	em	and	lere	n L:	and														



|Versicherungsnummer

Versicherungsnummer
noch Ziffer 11
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Telefax (Angabe freiwillig)
Der Antrag wird gestellt in der Eigenschaft als
gesetzlicher Vertreter
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
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
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
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
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)



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. 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



Unterschrift

wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

ist beigefügt

Ort, Datum

Versicherungsnummer	
14.2 Information Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorl obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krai Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabener eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen.	nkenkasse, Agentur für
Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige beauftragende Gutachter oder Rehabilitationseinrichtungen) übermitteln, sofern dies er 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 widers allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entze schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).	rforderlich ist. Die gesetzliche sprechen. Das kann
Ich nehme zur Kenntnis, dass	
 meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitsz Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweis Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg). 	
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch wic	dersprechen kann.
Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenkassen.	
14.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.	e. Mir ist bekannt, dass
Ich verpflichte mich , jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wir (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.	
15 Unterschrift	
Ort, Datum Unterschrif	t
16 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt, b Institutionskennzeichen der Krankenkasse und das Formular G0120 - AUD-Beleg - vor auszufüllen - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.	_
16.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen

16.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
16.2 AUD-Beleg ist beigefügt	
nein ja	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
	Deture
	Datum

