



**Ergänzungsblatt zur Meldung zur Krankenversicherung der
Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V**

R0811

1 Angaben zur Person des Rentenantragstellers

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Geburtsname		Versicherungsnummer	

zu Ziffer 4 Angaben zur Prüfung der Vorversicherungszeit

4.3 Wie waren Sie bisher krankenversichert? - Angaben sind frühestens ab 1.1.1996 erforderlich. Bestand jedoch Ihre letzte Versicherung vor dem 1.1.1996, geben Sie diese bitte auch an. - Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	



noch Ziffer 4.3

Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
4.4 Weitere Kinder zu Ziffer 4.4 des Vordrucks R0810: <div style="margin-top: 10px;">Kind 3 Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Kindschaftsverhältnis <input type="checkbox"/> leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) <input type="checkbox"/> volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind</div> <div style="margin-top: 10px;">Kind 4 Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Kindschaftsverhältnis <input type="checkbox"/> leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) <input type="checkbox"/> volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind</div> <div style="margin-top: 10px;">Kind 5 Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Kindschaftsverhältnis <input type="checkbox"/> leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) <input type="checkbox"/> volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind</div> <div style="margin-top: 10px;">Kind 6 Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Kindschaftsverhältnis <input type="checkbox"/> leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) <input type="checkbox"/> volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind</div>	



zu Ziffer 5 Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten

Name	Vorname (Rufname)	
Geburtsname	Versicherungsnummer des Verstorbenen 	
5.4 Wie war der Verstorbene krankenversichert? - Angaben frühestens vom 1.1.1996 an - Zeitraum vom - bis		
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -		
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis		
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -		
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis		
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -		
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis		
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -		
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis		
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -		
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis		
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -		
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis		
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -		
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis		
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -		
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis		



5.5 Weitere Kinder zu Ziffer 5.5 des Vordrucks R0810:

Kind 3

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

☐

leibliches Kind / minderjähriges
Adoptivkind (zum Zeitpunkt der
Adoption)

☐

volljähriges Adoptivkind
(zum Zeitpunkt der
Adoption)

☐

Stiefkind

☐

Pflegekind

Kind 4

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

☐

leibliches Kind / minderjähriges
Adoptivkind (zum Zeitpunkt der
Adoption)

☐

volljähriges Adoptivkind
(zum Zeitpunkt der
Adoption)

☐

Stiefkind

☐

Pflegekind

Kind 5

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

☐

leibliches Kind / minderjähriges
Adoptivkind (zum Zeitpunkt der
Adoption)

☐

volljähriges Adoptivkind
(zum Zeitpunkt der
Adoption)

☐

Stiefkind

☐

Pflegekind

Kind 6

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

☐

leibliches Kind / minderjähriges
Adoptivkind (zum Zeitpunkt der
Adoption)

☐

volljähriges Adoptivkind
(zum Zeitpunkt der
Adoption)

☐

Stiefkind

☐

Pflegekind

