



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 Mitglied Familienversicherung Privat keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung Mitglied Familienversicherung Privat keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung Mitglied Familienversicherung Privat keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung Mitglied Familienversicherung Privat keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung Mitglied Familienversicherung Privat keine



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:					
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	
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	
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	
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	



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	



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

