

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



**Deutsche
Rentenversicherung**

Anlage zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung

R0210

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten 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 bis 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).

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de zur Verfügung.

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau**

1 Angaben zur Person

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente: Angaben zur Person der / des Hinterbliebenen

Name		Vorname	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Geburtsname		Geburtsdatum <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	
Straße, Hausnummer		Telefon <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	
Adresszusatz		Telefax <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	
Postleitzahl <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	Wohnort <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		

2 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

**Vollmacht oder Beschluss des
Gerichts bitte beifügen**

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)	
in der Eigenschaft als	
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer	Telefon <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>
Adresszusatz	Telefax <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>
Postleitzahl <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	Wohnort <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3 Angaben zum letzten Arbeitsverhältnis

3.1 Wer ist / war Ihr letzter Arbeitgeber (auch bei geringfügiger Beschäftigung)? Name, Anschrift
3.2 Wie ist / war Ihre tägliche Arbeitszeit? Tage pro Woche, Stunden täglich
3.3 Besteht das Arbeitsverhältnis beim Arbeitgeber (zumindest formal) noch? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

4 Berufsausbildung der rentenberechtigten Person

Beweismittel bitte beifügen

4.1 Wurde eine Berufsausbildung absolviert (zum Beispiel Ausbildungsberuf, Fachschulstudium, Fachhochschulstudium, Hochschulstudium)? vom - bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja erlernter Beruf Prüfung bestanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom - bis erlernter Beruf Prüfung bestanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.2 Wurde eine Umschulung durchgeführt? vom - bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Umschulungsberuf Kostenträger Aktenzeichen erfolgreich beendet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.3 Wurden weitere Qualifikationen absolviert (zum Beispiel Refaprüfung, Meisterprüfung, Polierprüfung)? vom - bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art der Ausbildung erfolgreich beendet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

4.4 Bestand ein **Anlernverhältnis**?

vom - bis

nein

1

ja

angelernter Beruf

erfolgreich beendet ☐ nein ☐ ja

5 Beschäftigungsübersicht (gegebenenfalls Ergänzungsblatt R0211 verwenden)

Ein Verweis auf den Versicherungsverlauf genügt nicht.

Seite 3 von 15
R0210-00
Version 35021



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

6 Selbständige Erwerbstätigkeit

6.1 Üben Sie noch eine selbständige Erwerbstätigkeit aus?

Datum und Grund der Aufgabe (zum Beispiel Löschung in der Handwerksrolle, Abmeldung beim Gewerbeamt - bitte nachweisen)

☐ nein

☐ ja

☐ im eigenen gewerblichen Betrieb beziehungsweise im Betrieb eines Familienangehörigen
☐ im eigenen landwirtschaftlichen Betrieb beziehungsweise im landwirtschaftlichen Betrieb eines Familienangehörigen
☐ im sonstigen freien Beruf

Art und Umfang der Tätigkeit

gegebenenfalls Verwandtschaftsverhältnis

Größe des landwirtschaftlichen Betriebes in Hektar

6.2 Sind Sie Eigentümer oder Gesellschafter eines Unternehmens (Betrieb, Geschäft oder Ähnliches) oder sonst freiberuflich tätig?

☐ nein ☐ ja

7 Angaben von Arbeitsuchenden

7.1 Sind Sie bei der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter gemeldet?

seit

☐ nein ☐ ja

bei

Kundennummer / Aktenzeichen

das Arbeitsgesuch / Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten:

8 Begründung des Rentenanspruchs

8.1 Seit wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert?

seit

wegen

Hinweis: Damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen machen können, haben Sie die Möglichkeit, Ihre persönliche Einschätzung in dem **Vordruck R0215** einzubringen.



Versicherungsnummer <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	Kennzeichen (soweit bekannt) <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
---	---

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
 Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

8.2 Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten?

Art

Umfang - wie viele Stunden täglich

8.3 Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank?

seit

☐

nein

☐

ja

Name und Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

8.4 Sind Sie schwerbehindert?

☐

nein, **sofern vorhanden, bitte Ablehnungsbescheid beifügen**

☐

ja, **bitte Anerkennungsbescheid beifügen** und weiter bei Ziffer 8.5

8.4.1 Sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt oder wurde Ihnen als Arbeitsuchender die Gleichstellung zugesichert?

☐

nein

☐

ja,

bitte Gleichstellungsbescheid / Zusicherungsbescheid der Agentur für Arbeit beifügen

8.5 Sind die Gesundheitsstörungen verursacht worden durch Unfall, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung, Gewahrsam im Sinne des Gesetzes über Hilfsmaßnahmen für Personen, die aus politischen Gründen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in Gewahrsam genommen wurden - Häftlingshilfegesetz?

durch

☐

nein

☐

ja

anerkannt von welcher Stelle

Aktenzeichen

9 Ärztliche Behandlung

(gegebenenfalls Ergänzungsblatt R0211 verwenden)

Ärztliche Unterlagen soweit vorhanden bitte beifügen

9.1 Bei wem waren Sie in der letzten Zeit in **ambulanter** ärztlicher Behandlung?

Hausarzt (Name, Vorname, Fachrichtung)

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

in Behandlung seit

wann zuletzt



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

noch Ziffer **9.1**

Arzt (Name, Vorname, Fachrichtung)	
genaue Anschrift	
Telefonnummer	
Behandlung wegen	
in Behandlung seit	wann zuletzt
Arzt (Name, Vorname, Fachrichtung)	
genaue Anschrift	
Telefonnummer	
Behandlung wegen	
in Behandlung seit	wann zuletzt
9.2 Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung?	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja </div> <div> Name des Krankenhauses </div> </div>	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> genaue Anschrift	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> Abteilung, Station	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> Behandlung wegen	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> vom - bis	

10 Ärztliche Untersuchungen

**Ärztliche Unterlagen soweit
vorhanden bitte beifügen**

Wurden ärztliche Untersuchungen in den letzten Jahren durchgeführt?	
10.1 vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen im Auftrag der Krankenkasse oder Pflegekasse	
Name der Krankenkasse oder der Pflegekasse	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja </div> <div> </div> </div>	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> Aktenzeichen	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div> am	



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

10.2 im Auftrag der Agentur für Arbeit

Name der Agentur für Arbeit

☐

nein

☐

ja

Kundennummer

am

10.3 im Auftrag der Berufsgenossenschaft

Name der Berufsgenossenschaft

☐

nein

☐

ja

Aktenzeichen

am

10.4 im Auftrag des Arbeitgebers vom Personalarzt oder Betriebsarzt

Name des Arbeitgebers

☐

nein

☐

ja

Anschrift

Personalnummer

am

10.5 im Auftrag einer sonstigen Stelle (zum Beispiel Kommune, Arbeitsgemeinschaft, Jobcenter, Gesundheitsamt, Blindengeldstelle, Privatversicherung)

Name der sonstigen Stelle

☐

nein

☐

ja

Aktenzeichen

am

10.6 zur Feststellung einer Schwerbehinderung

von welcher Stelle

☐

nein

☐

ja

Aktenzeichen

am



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

11 Leistungen zur Teilhabe

11.1 Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht worden (zum Beispiel Kur, Umschulung)?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ort _____ Kostenträger _____ Aktenzeichen _____ vom - bis _____
11.2 Sind zurzeit solche Leistungen beantragt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	bei welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____ beantragt am _____
11.3 Wurde früher ein Antrag auf solche Leistungen abgelehnt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____ abgelehnt am _____

12 Sonstige Angaben

12.1 Wurde anlässlich eines früheren Rentenanspruchs eine ärztliche Untersuchung durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Versicherungsträger _____ Aktenzeichen _____ Zeitpunkt der Untersuchung _____
12.2 Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen gehindert, zur ärztlichen Untersuchung zu kommen?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Grund _____
12.3 Ist eine Verständigung in deutscher Sprache möglich?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
12.3.1 Wird ein Dolmetscher benötigt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sprache _____



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



**Deutsche
Rentenversicherung**

Erklärung für den Rentenversicherungsträger

Erklärung und Information zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung

1 Versicherung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich die gesundheitliche Beeinträchtigung meiner Erwerbsfähigkeit weder absichtlich herbeigeführt noch mir bei einer Handlung zugezogen habe, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist.

2 Information der Antragstellerin / des Antragstellers

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir **medizinische Daten**, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer Einwilligung erhalten, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter oder Berufsgenossenschaften) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) 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) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (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 der privaten Krankenkassen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bitte weiter bei Ziffer 3.



Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 5%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 5%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div>

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3.2 Einwilligungserklärung der Betreuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

Bei nachgewiesener fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person ist für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers erforderlich.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung als Nachweis der fehlenden Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

☐

ist beigelegt.

☐

wird nachgereicht.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



**Deutsche
Rentenversicherung**

Erklärung für die Antragstellerin / den Antragsteller

Erklärung und Information zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung

1 Versicherung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich die gesundheitliche Beeinträchtigung meiner Erwerbsfähigkeit weder absichtlich herbeigeführt noch mir bei einer Handlung zugezogen habe, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist.

2 Information der Antragstellerin / des Antragstellers

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir **medizinische Daten**, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer Einwilligung erhalten, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter oder Berufsgenossenschaften) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) 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) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (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 der privaten Krankenkassen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bitte weiter bei Ziffer 3.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 5%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 5%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div>

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

3.1 Einwilligungserklärung der / des Rentenberechtigten

Ich willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen, 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 und Einrichtungen 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. **Ich willige 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 weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

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 fehlender Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch nach § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person bitte weiter bei Ziffer 3.2.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Rentenberechtigten



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3.2 Einwilligungserklärung der Betreuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

Bei nachgewiesener fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person ist für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers erforderlich.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung als Nachweis der fehlenden Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

☐

ist beigelegt.

☐

wird nachgereicht.



