Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Eingangsstempel der Antrag aufnehmenden Stelle

Eingangsstempel des Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur onkologischen Rehabilitation für Angehörige

G0202

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).

1 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name	Vorname (Rufname)
Geburtsname	frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers
Geburtsort (Kreis, Land)	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)
Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort
Telefax (Angabe freiwillig)	

2 Angaben zur Person der Erkrankten / des Erkrankten

Angehörigenverhältnis zur Versicherten / zum Versicherten

☐ Ehegatte, Lebenspartnerin / Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes ☐ Witwe / Witwer

Versicherungsnummer der / des Erkrankten	(soweit vorhanden)
Name	Vorname (Rufname)
Geburtsname	frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers
Geburtsort (Kreis, Land)	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)
Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort
Telefax (Angabe freiwillig)	

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

3 Angaben zum Familienstand und Beruf der Erkrankten / des Erkrankten

3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)

☐ **0** ledig ☐ **1** verheiratet ☐ **2** geschieden ☐ **3** verwitwet

3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)

4 Arbeit der Erkrankten / des Erkrankten vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

☐ **0** nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)

☐ **1** Ganztagsarbeit **ohne** Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht

☐ **2** Ganztagsarbeit **mit** Wechselschicht / Akkord

☐ **3** Ganztagsarbeit **mit** Nachtschicht

☐ **4** Teilzeitarbeit, **weniger** als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit

☐ **5** Teilzeitarbeit, **mindestens** die Hälfte der üblichen Arbeitszeit

☐ **6** ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann

☐ **7** arbeitslos gemeldet

☐ **8** Heimarbeit

☐ **9** Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen

5 Krankenkasse der Erkrankten / des Erkrankten

Name	
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl	Ort

☐ Gesetzliche Krankenkasse

☐ Private Krankenversicherung

6 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt der Erkrankten / des Erkrankten

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl	Ort

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

7 Weitere Angaben über die Erkrankte / den Erkrankten

7.1 Wurden oder werden für die Erkrankte / den Erkrankten **Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt** oder wurden Anwartschaften bei Auflösung einer Ehe übertragen oder begründet oder wurde die Erkrankte / der Erkrankte nachversichert?

Name des Rentenversicherungsträgers | von - bis

☐ nein ☐ ja

7.2 Bezieht die Erkrankte / der Erkrankte eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?

Name des Rentenversicherungsträgers | Versicherungsnummer

☐ nein ☐ ja

7.3 Übt die Erkrankte / der Erkrankte eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

Name und Anschrift des Dienstherrn oder des Trägers der Versorgungslast

☐ nein ☐ ja

7.4 Sind bei der Erkrankten / dem Erkrankten 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?

Von welcher Stelle? | Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

Welche Gesundheitsstörungen?

Hat die Erkrankte / der Erkrankte aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

☐ nein ☐ ja

7.5 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit** bei der Erkrankten / dem Erkrankten 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)?

am | bei welcher Stelle? | Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

8 Weitere Angaben über die Versicherte / den Versicherten

8.1 Hat die Versicherte / der Versicherte Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

☐ nein ☐ ja

8.2 Hat die Versicherte / der Versicherte Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

Staat von - bis

☐ nein ☐ ja

8.3 Zahlt die Versicherte / der Versicherte aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?

☐ nein ☐ ja, Formular G0205 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!

8.4 Übt die Versicherte / der Versicherte eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

☐ nein ☐ ja

9 Antragstellung durch andere Personen

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?

☐ nein, weiter bei Ziffer 10

☐ ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von
(**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen**)

Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)

In der Eigenschaft als

☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Postleitzahl	Wohnort

Telefax (Angabe freiwillig)

für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 5 und 6 Ziffer 12.1)

Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

10 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Ist die Erkrankte / der Erkrankte auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzt sie / er behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, die Erkrankte / der Erkrankte ist angewiesen auf:

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

11 Dokumentenzugang

11.1 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

11.2 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)

12 Erklärung und Information (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.

12.1 Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, sowie vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt, erhalten darf. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.
Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen 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 beziehungsweise 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 weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **12.1**

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:

- der Erkrankten / des Erkrankten

oder

- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift der Erkrankten / des Erkrankten / des Betreuers

12.2 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).

12.3 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, Änderungen zu den Angaben in diesem Antrag dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

13 Unterschriften

13.1

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

13.2

Ort, Datum

Unterschrift der Erkrankten / des Erkrankten / des Betreuers

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

14 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse der Erkrankten / des Erkrankten

Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt, benötigen wir das Institutionskennzeichen der Krankenkasse.

Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift Datum	