

Rheumatologie · Dermatologie  
Orthopädie · Kardiologie

FACHKLINIK BAD BENTHEIM · Am Bade 1 · 48455 Bad Bentheim

**FB Dermatologie und Allergologie**  
Akutklinik, Rehabilitation, Ambulanz

**PD Dr. med. Athanasios Tsianakas**  
Chefarzt  
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten  
Allergologe, Medikamentöse Tumorthherapie

**Sekretariat**  
T (05922) 74-52 10  
F (05922) 74-74 52 10  
dermatologie@fk-bentheim.de

**Ambulanz**  
T (05922) 74-52 70  
F (05922) 74-52 71

**Akutklinik**  
T (05922) 74-52 50  
F (05922) 74-74 52 50  
3. Januar 2022

Liebe Patientin, lieber Patient,  
anbei finden Sie die Dokumente für Ihren Reha-Antrag. Bitte den Basis-Bogen G0100 ausfüllen (Seite 1 Kapitel 1 bitte „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation: stationär“ ankreuzen. Dann geht es auf Seite 2 weiter). Bitte zusätzlich die Bögen G0110 und G0115 ausfüllen. Den Bogen G0120 so weit wie möglich ausfüllen und dann von Ihrer Krankenkasse auf Seite 2 unten zur Bestätigung abstempeln lassen. Die Bögen G0160 und G0161 sind nur nötig, wenn Sie Geringverdiener sind oder bereits in diesem Jahr viele Zuzahlungen an Ihre Krankenkasse leisten mussten, so dass hier ggf. eine Anrechnung erfolgen kann.  
Bitte all die ausgefüllten Dokumente wieder zu Ihrem Haus- oder Hautarzt bringen, damit dieser dann Ihre Papiere gemeinsam mit dem Arztantrag an die Rentenversicherung schicken kann.

Mit freundlichen Grüßen,



PD Dr. med. Athanasios Tsianakas  
Chefarzt Dermatologie

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



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).

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter **schriftlich** aufgefordert, diesen Antrag zu stellen?

nein     ja, die Krankenkasse     ja, die Agentur für Arbeit     ja, das Jobcenter

**Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen!**

### 1 Beantragte Leistung

<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant <input type="checkbox"/> ambulant	
<input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlungen	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur onkologischen Rehabilitation	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen!
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)	Anlage (Formular G0130) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeughilfe	Anlagen (Formulare G0140 und G0142) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind	Anlagen (Formular G0133 und gegebenenfalls G0134) bitte beifügen!



Versicherungsnummer

## 2 Angaben zur Person

Name
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
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers
Geburtsort
Geburtsland
Wohnort in <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> einem anderen Land
Land
Straße, Hausnummer
noch Straße, Hausnummer
Adresszusatz
Postleitzahl, Wohnort
noch Postleitzahl, Wohnort



Versicherungsnummer
---------------------

noch Ziffer 2

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Telefax (Angabe freiwillig)

### 3 Angaben zum Familienstand und Beruf

3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)			
<input type="checkbox"/> 0 ledig	<input type="checkbox"/> 1 verheiratet	<input type="checkbox"/> 2 geschieden	<input type="checkbox"/> 3 verwitwet
3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)			

### 4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

(bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner)	<input type="checkbox"/> 1 Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student)	<input type="checkbox"/> 2 ungelerner Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)
<input type="checkbox"/> 3 angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)	<input type="checkbox"/> 4 Facharbeiter	<input type="checkbox"/> 5 Meister, Polier
<input type="checkbox"/> 6 Angestellter	<input type="checkbox"/> 7 Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechts	<input type="checkbox"/> 8 Selbständiger

### 5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)	<input type="checkbox"/> 1 Ganztagsarbeit <b>ohne</b> Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 2 Ganztagsarbeit <b>mit</b> Wechselschicht / Akkord
<input type="checkbox"/> 3 Ganztagsarbeit <b>mit</b> Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 4 Teilzeitarbeit, <b>weniger</b> als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 5 Teilzeitarbeit, <b>mindestens</b> die Hälfte der üblichen Arbeitszeit
<input type="checkbox"/> 6 ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann	<input type="checkbox"/> 7 arbeitslos gemeldet	<input type="checkbox"/> 8 Heimarbeit
<input type="checkbox"/> 9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen		



Versicherungsnummer

## 6 Krankenkasse

Name
Straße, Hausnummer
noch Straße, Hausnummer
Adresszusatz
Postleitzahl, Ort
noch Postleitzahl, Ort
telefonisch tagsüber zu erreichen
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung

## 7 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Name
Vorname (Rufname)
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)
Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Straße, Hausnummer
noch Straße, Hausnummer
Adresszusatz
Postleitzahl, Ort
noch Postleitzahl, Ort
telefonisch tagsüber zu erreichen



Versicherungsnummer									

## 8 Beiträge zur Sozialversicherung

8.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

nein  ja

8.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

nein  ja

Staat											
			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  ja, 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  ja

### 10.2 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

nein  ja

Name des Rentenversicherungsträgers									

### 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)?

nein  ja

Art der Leistung									



**10.4** Sind bei Ihnen 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?

nein  ja

Von welcher Stelle?

Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

nein  ja

Bei welcher Stelle?

**10.5** Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit** 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)?

nein  ja, am

Tag      Monat      Jahr

Bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

**10.6** Haben Sie **in den letzten 4 Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

nein  ja

Von welcher Stelle zuletzt?

Aktenzeichen

vom      Tag      Monat      Jahr      bis      Tag      Monat      Jahr









**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](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

**14.1 Einwilligungserklärung**

**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, 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. **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.

Für den Fall, dass meine gesundheitlichen Einschränkungen auf einem schädigenden Ereignis beruhen, an dem ein Dritter beteiligt war und vom Rentenversicherungsträger zu prüfen ist, ob die in diesem Zusammenhang entstandenen beziehungsweise entstehenden Kosten vom Schadensverursacher zu erstatten sind (Einleitung eines Regressverfahrens), **willige ich ein**, dass die Deutsche Rentenversicherung die im laufenden Verfahren anfallenden ärztlichen Gutachten / Befundberichte, Krankheitsberichte (Krankengeschichte) und Röntgenaufnahmen, die von der Rentenversicherung erstellten Entlassungsberichte sowie die von mir beigefügten beziehungsweise bereits vorliegenden ärztlichen Unterlagen, soweit es für die Durchsetzung von Schadensersatzforderungen erforderlich ist, dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel dem Schädiger oder seiner Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlässt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen (§§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch, §§ 116, 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X).

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 gemäß § 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

ist beigefügt       wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift



Versicherungsnummer
---------------------

## 14.2 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) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Ebenfalls dürfen andere Sozialleistungsträger und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die medizinischen Daten, die dort bereits vorliegen, an uns weitergeben.

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).

**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 privater Krankenversicherungen.

**14.3 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,** jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

## 15 Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

## 16 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse

Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt, benötigen wir das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und das Formular G0120 - AUD-Beleg - von der Krankenkasse auszufüllen - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

<b>16.1</b> Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
<b>16.2</b> AUD-Beleg ist beigelegt	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
Datum	



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)



Deutsche  
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

--	--	--	--

**Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

**G0110**

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

damit wir uns ein Bild von Ihren Beschwerden, Krankheiten und beruflichen Belastungen machen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit bei der Entscheidung und können zum Erfolg der Rehabilitation erheblich beitragen.

**1 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme**

**1.1** Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig?

gar nicht    
  bis 6 Wochen    
  bis 3 Monate    
  bis 6 Monate    
  mehr als 6 Monate

von - bis

wegen


Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

--

**1.2** Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Bluthochdruck, Herzerkrankung, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?

nein     ja

Art der Gesundheitsstörung	Zeitangabe
----------------------------	------------

**1.3** Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?

nein     ja

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit
---------------------	----------------------	-------------	------

**2 Berufliche Zukunft**

Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor? (Bitte kreuzen Sie **alles für Sie Zutreffende** an.)

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich

	Trifft zu			Trifft zu
in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann	<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht mehr arbeiten kann		<input type="checkbox"/>
in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann	<input type="checkbox"/>	eine andere Arbeit suchen werde		<input type="checkbox"/>



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

Grid for insurance number

Grid for MSAT

Grid for MSNR

3 Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird oder zuletzt verrichtet wurde)

Name und Anschrift des Arbeitgebers, beschäftigt seit, Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb

genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester) - ausgeübt von - bis

Arbeitshaltung (ständig/überwiegend/zeitweise) and Heben / Tragen (Art der Lasten, Gewichte, Hebehilfsmittel)

Arbeitsorganisation, Äußere Einflüsse, Berufliches Kraftfahren (Arbeitszeit, Schicht, äußere Einflüsse wie Kälte/Lärm, berufliche Tätigkeiten wie Pkw/Lkw/Fahrzeuge)

Bei welchen Tätigkeiten bestehen aktuell Einschränkungen?

Weitere Bemerkungen zum Arbeitsplatz





Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

\_\_\_\_\_



Deutsche  
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

\_\_\_\_\_

# G0115

## Selbsteinschätzungsbogen

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

als Ärzteteam Ihres Rentenversicherungsträgers haben wir im Rahmen der Bearbeitung Ihres Antrags die Aufgabe, uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen zu machen. Es ist uns daher wichtig, dass Sie bereits zu Beginn des Verfahrens eine Gelegenheit finden, Ihre persönliche Einschätzung einzubringen. Wir würden uns darüber freuen, wenn Sie uns einige Fragen beantworten, die uns einen Eindruck geben, wie sich Ihre Gesundheitsstörungen oder Beschwerden in Ihrem Alltag und in Ihrem Berufsleben auswirken.

Sofern der Raum für die Beantwortung einer Frage nicht ausreicht, bitte ein zusätzliches Blatt verwenden.

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

### 1 Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an eine Rehabilitation?

\_\_\_\_\_

### 2 Wünschen Sie Unterstützung bei:

Bluthochdruck

Stress

Zuckerkrankheit

Alkoholproblem

Gewichtsproblem

Nikotinproblem

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 3 Glauben Sie, dass sich Ihr Gesundheitszustand bessern wird, so dass Sie weiter oder wieder beruflich tätig sein können? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

ja       eher ja       weiß nicht       eher nein       nein



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

**4 Über Ihre gesundheitlichen Beschwerden hinaus: Sind Sie durch irgendetwas besonders belastet?**  
(zum Beispiel Pflege oder Krankheit von Angehörigen, Belastungen in Partnerschaft oder Familie)

**5 Uns interessiert, welche Erfahrungen Sie in den letzten 2 Jahren mit Behandlungen gemacht haben.**  
(zum Beispiel Krankengymnastik, Spritzen, Medikamente, Operationen, Gespräche, Psychotherapie, alternative Heilmethoden) **Welche Behandlungen haben Ihnen gut geholfen?**

**6 Gab es in den letzten 2 Jahren Tage, an denen Sie sich arbeitsunfähig gefühlt haben und Sie trotzdem arbeiten gegangen sind?**

nein  ja

Wenn ja, bitte erläutern:

**7 Zum Schluss noch eine allgemeine Frage:**

**Wie schätzen Sie im Großen und Ganzen Ihren derzeitigen Gesundheitszustand ein?**

(Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

sehr gut  eher gut  durchschnittlich  eher schlecht  sehr schlecht

**Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.  
Das Ärzteteam Ihrer Deutschen Rentenversicherung**

Ort, Datum

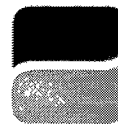
Unterschrift





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)



Deutsche  
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

--	--	--	--	--

**AUD-Beleg - von der Krankenkasse auszufüllen -  
Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen  
Rehabilitation**

**G0120**

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

**Arbeitsunfähigkeitszeiten und Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen / Angaben zu Krankenhausaufenthalten und  
Rehabilitationsaufenthalten**

**Bitte vollständige Angaben - Zutreffendes eintragen / ankreuzen -**

Als Behandlung in Krankenhäusern / Rehabilitationseinrichtungen sind zu kennzeichnen:

- stationäre Krankenhausaufenthalte
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
  - nach § 40 Absatz 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V), stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung
  - nach § 41 Absatz 1 SGB V, Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes

In den letzten 3 Jahren vor Rehabilitationsantragstellung lagen Arbeitsunfähigkeit / Krankenhausaufenthalte /  
Rehabilitationsaufenthalte vor

- nein
- ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten sind - beginnend mit der letzten (einschließlich der laufenden) - nachstehend  
lückenlos aufgeführt:
- anstelle der manuellen Aufstellung ist ein EDV-Ausdruck beigelegt

Arbeitsunfähigkeit	Diagnosen
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

Grid for insurance number

Grid for identification number

Grid for MSAT / MSNR

Arbeitsunfähigkeit	Diagnosen
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
vom - bis	
in dieser Zeit in Behandlung in einem / einer <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift <div style="text-align: right; margin-top: 100px;">Datum</div>	





MSAT / MSNR

--	--	--	--

**Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

**G0160**

Bitte diesen Antrag möglichst zusammen mit dem Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einreichen.

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Die hiermit angeforderten Sozialdaten werden unter Beachtung der Vorschriften zum Schutz von Sozialdaten nach der Datenschutz - Grundverordnung und dem Zehnten Buch des Sozialgesetzbuches - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) - erhoben; ihre Kenntnis ist zur Entscheidung über den Antrag erforderlich. Die erhobenen Sozialdaten werden an Dritte nur übermittelt, soweit es im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften zulässig ist.

Ich beantrage die Befreiung von der Zuzahlung für die stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

**1 Angaben zu Erwerbseinkommen und Erwerbsersatzleistungen**

Anzugeben sind das Erwerbseinkommen und Erwerbsersatzleistungen, das Sie im Kalendermonat vor Beantragung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation erzielt haben. Sollten sich Ihre Einkommensverhältnisse bis zum Beginn der stationären Leistung verschlechtert haben (zum Beispiel Einkommensminderung, Arbeitslosigkeit, Krankheit), so ist das Einkommen im Kalendermonat vor Beginn der Leistung anzugeben.

Im Kalendermonat vor Beantragung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation habe ich erhalten:

1.1  als Arbeitnehmer **Entgelt**

Die Höhe des Entgeltes ist im Formular G0161 von meinem Arbeitgeber bescheinigt. Bei mehreren - auch geringfügigen - Beschäftigungsverhältnissen sind Bescheinigungen aller Arbeitgeber erforderlich.

Fordern Sie bitte in diesem Fall weitere Formulare G0161 bei uns an.

1.2  als Selbständiger **Erwerbseinkommen** in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR

Erzielen Sie Erwerbseinkommen, so ist es unerheblich, ob das Arbeitseinkommen durch persönliche Betätigung oder etwa nur aus der Weiterführung des Betriebes durch andere Personen (zum Beispiel Ehegatten, Geschäftspartner, Mitarbeiter) erzielt wird. Es ist eine Bescheinigung Ihres Steuerberaters über die Höhe oder voraussichtliche Höhe des im Kalendermonat vor Beantragung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation erzielten Erwerbseinkommens beizufügen. Lassen sich die genauen Einkünfte nicht feststellen, wird für die Ermittlung des Einkommens hilfsweise der für das letzte Kalenderjahr vor Beginn der Rehabilitationsleistung erteilte Einkommensteuerbescheid zugrunde gelegt. Das anzurechnende Arbeitseinkommen ergibt sich aus dem Einkommen abzüglich der durch den Betrieb bedingten Ausgaben (zum Beispiel für eingesetzte Waren oder Material, anteilige Kosten für Kraftfahrzeuge) sowie der Löhne. Wird das Jahresarbeitseinkommen angegeben, so gilt für die Befreiung 1/12 des Jahresbetrages als monatliches Einkommen.

1.3  **Erwerbsersatzleistungen** in Höhe von netto ..... EUR  
(bitte entsprechende Nachweise beifügen)

Krankengeld

Krankentagegeld einer privaten Versicherung



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

Grid for insurance number

Grid for MSAT

Grid for MSNR

noch Ziffer 1.3

- Leistungen der Agentur für Arbeit (zum Beispiel Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld)
- Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (ohne Hinterbliebenenrente), Altersgeld, Pension
- Einkünfte aus betrieblicher oder privater Versicherung (zum Beispiel Betriebsrente, Rente aus privaten Lebensversicherungen oder Rentenversicherungen, Renten der privaten Unfallversicherung, öffentlich-rechtliche Zusatzversorgungen)
- Elterngeld
- Sonstiges (zum Beispiel Verletztenrente der gesetzlichen Unfallversicherung)

- 1.4  **Leistungen zur Grundsicherung** nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches - Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) - zum Beispiel **Arbeitslosengeld II** (Angaben zu Ziffern 2 bis 4 sind nicht erforderlich)
- 1.5  **Hilfe zum Lebensunterhalt** (Sozialhilfe) oder **Leistungen zur Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung** nach dem SGB XII (Angaben zu Ziffern 2 bis 4 sind nicht erforderlich)
- 1.6  **kein Erwerbseinkommen oder Erwerbseinkommen** (Angaben zu Ziffern 2 bis 4 sind nicht erforderlich)

2 Angaben zu Kindern

2.1 Ich habe

- kein Kind.
- ein leibliches Kind / Adoptivkind.  ein Pflegekind / Stiefkind und lebe mit ihm in häuslicher Gemeinschaft.

Name, Vorname des jüngsten Kindes

Geburtsdatum

2.2 Für mein Kind / eines meiner Kinder besteht ein Anspruch auf Kindergeld:

Zahlstelle

- nein  ja

Aktenzeichen

Voraussichtliches Ende des Kindergeldanspruches

Bei volljährigen Kindern bitte Nachweis über den Anspruch auf Kindergeld beifügen.

3 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

(Angaben sind nicht erforderlich, wenn Ziffer 2.2 mit "ja" beantwortet wurde)

3.1 Ich lebe mit meinem Ehegatten / Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes in häuslicher Gemeinschaft

- nein  ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 3

**3.2** Weil ich pflegebedürftig bin, kann mein Ehegatte / Lebenspartner eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben  
(bitte entsprechende Nachweise beifügen)

nein  ja

**3.3** Mein Ehegatte / Lebenspartner bedarf selbst der Pflege  
(bitte entsprechende Nachweise beifügen)

nein  ja

**3.4** Mein Ehegatte / Lebenspartner hat Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung

nein  ja

#### 4 Angaben zu bereits geleisteten Zuzahlungen

**4.1** Ich befand mich in diesem Kalenderjahr in Krankenhausbehandlung und / oder nahm an einer stationären  
Rehabilitationsleistung teil

vom - bis

nein  ja

**4.2** Ich habe für die zuvor genannten Aufenthalte eine Zuzahlung geleistet  
(bitte entsprechende Nachweise beifügen)

vom - bis

nein  ja

**4.3** Ich hatte für die zuvor genannten Aufenthalte keine Zuzahlung zu leisten, weil die Belastungsgrenze in der  
gesetzlichen Krankenversicherung erreicht wurde oder wegen einer bereits geleisteten Vorauszahlung  
(bitte entsprechende Nachweise beifügen)

nein  ja

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

\_\_\_\_\_



Deutsche  
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

\_\_\_\_\_

**Bescheinigung des Arbeitgebers zum Antrag auf Befreiung  
von der Zuzahlung**

**G0161**

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Im Kalendermonat vor Beantragung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation wurde folgendes  
Nettoarbeitsentgelt (einschließlich Kurzarbeitergeld) ausgezahlt:

vom - bis

\_\_\_\_\_

Betrag in EUR

\_\_\_\_\_

Das **Nettoarbeitsentgelt** ist das um die gesetzlichen Abzüge (Lohnsteuer und Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag sowie Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung) verminderte Bruttoarbeitsentgelt einschließlich der Sachbezüge, jedoch ohne einmalig gezahltes Arbeitsentgelt und ohne gegebenenfalls gezahltes und in der Lohnsteueranmeldung abgesetztes Kindergeld.

Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung und bei privat Krankenversicherten sind außerdem die Beiträge der Arbeitnehmer zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung (vermindert um den Beitragszuschuss des Arbeitgebers) vom Bruttoarbeitsentgelt abzuziehen.

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen

