Versicherungsnummer

Deutsche Rentenversicherung

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).
Sie können dieses Formular auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0100 ausfüllen.

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

Bitte den Befundbericht (Formular S0051) und die Honorarabrechnung (Formular S0050) beifügen.

☐ **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** ☐ **stationär** ☐ **ganztägig ambulant**	**Bitte Formular G0110 beifügen!**
☐ **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen** ☐ **stationär** ☐ **ganztägig ambulant** ☐ **ambulant** ☐ **Kombinationsbehandlungen**	**Bitte Formular G0110 beifügen!**
☐ **Leistungen zur onkologischen Rehabilitation** ☐ **stationär** ☐ **ganztägig ambulant**	**Bitte Formular G0110 (sofern Sie keine Altersrente beziehen) und das Formular S0052 beifügen!**
☐ **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** (zum Beispiel: Umschulung, berufliche Weiterbildung)	**Bitte Formular G0130 beifügen!**
☐ **Kraftfahrzeughilfe**	**Bitte die Formulare G0140 und G0142 beifügen!**
☐ **Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind**	**Bitte die Formulare G0133 und gegebenenfalls G0134 beifügen!**

Versicherungsnummer

2 Mitnahme einer pflegebedürftigen Person (nur bei stationärer medizinischer Rehabilitation)

Ist die Mitnahme einer pflegebedürftigen Person erforderlich?

☐ nein ☐ ja, Formular G0111 bitte beifügen!

3 Wunsch- und Wahlrecht bei medizinischer Rehabilitation (Angaben freiwillig)

Auf dieser Seite können Sie eintragen, in welcher Rehabilitationseinrichtung Sie die beantragte Leistung gerne durchführen möchten.

Zur Unterstützung Ihres Wunsch- und Wahlrechts finden Sie auf der Internetseite www.rv-reha.de alle Rehabilitationseinrichtungen benannt, mit denen die Deutsche Rentenversicherung zusammenarbeitet.

Hier haben Sie die Möglichkeit, mehrere (bis zu 3) Wünsche zur Auswahl anzugeben.

Die Eintragungen sollten in der gewünschten Rangfolge vorgenommen werden. Unter 1. sollte dabei der von Ihnen am meisten bevorzugte Einrichtungswunsch stehen.

Sofern Sie keinen Wunsch äußern, unterbreitet Ihnen die Deutsche Rentenversicherung bis zu 4 Vorschläge mit geeigneten Rehabilitationseinrichtungen.

Die beantragte Leistung zur medizinischen Rehabilitation sollte nach Möglichkeit in einer der nachfolgend benannten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden (Angaben freiwillig):

1. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

2. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

3. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

Versicherungsnummer

4 Angaben zur Person

Name		Vorname
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers	
Geburtsort		Geburtsland
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)		
Straße, Hausnummer		
Adresszusatz		
Postleitzahl	Wohnort	
Land		
Telefon		Telefax

5 Angaben zum Familienstand und Beruf

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

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

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

6 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

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

☐ **0** nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner)

☐ **1** Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student)

☐ **2** ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)

☐ **3** angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)

☐ **4** Facharbeiter

☐ **5** Meister, Polier

☐ **6** Angestellter

☐ **7** Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechts

☐ **8** Selbständiger

Versicherungsnummer

7 Arbeit 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		

8 Krankenkasse

Name	
Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Ort
telefonisch tagsüber zu erreichen	

☐ Gesetzliche Krankenkasse ☐ Private Krankenversicherung

9 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

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

Versicherungsnummer

10 Beiträge zur Sozialversicherung

10.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

☐ nein ☐ ja

10.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

Staat

☐ nein ☐ ja _____

vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

10.3 Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?

☐ nein ☐ ja, Formular G0105 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!

11 Leistungen des Jobcenters

Beziehen oder bezogen Sie zuletzt Leistungen des Jobcenters oder haben Sie Leistungen beantragt?

Name des Jobcenters, Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja _____

Bitte entsprechende Nachweise beifügen!

12 Sonstige Angaben

12.1 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

12.2 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

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

Name des Rentenversicherungsträgers

☐ nein ☐ ja _____

12.3 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)?

Art der Leistung

☐ nein ☐ ja _____

Versicherungsnummer

12.4 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?

Von welcher Stelle?

☐ nein ☐ ja

Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

☐ nein ☐ ja

12.5 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

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

Von welcher Stelle zuletzt?

☐ nein ☐ ja

Aktenzeichen

vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

G0100-00 DRV
Version 32032 - AGTH 2/2024 - Stand 23.05.2024

Versicherungsnummer

12.7 Haben Sie unmittelbar vor diesem Rehabilitationsantrag bereits bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Mutter-Kind-Leistungen / Vater-Kind-Leistungen (Vorsorge oder Rehabilitation) gestellt beziehungsweise sind solche Leistungen zuvor verordnet worden? (Vorhandene Unterlagen bitte beifügen!)

☐ nein ☐ ja, am Tag Monat Jahr

Name der Krankenkasse

Aktenzeichen

13 Antragstellung durch andere Personen

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?

☐ nein, weiter bei Ziffer 14

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

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)		
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Straße, Hausnummer		
Adresszusatz		
Postleitzahl	Wohnort	
Land		
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	Telefax (Angabe freiwillig)	

Der Antrag wird gestellt in der Eigenschaft als

☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter

14 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:

Versicherungsnummer

15 Dokumentenzugang

15.1 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:

_____

15.2 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)

16 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. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

16.1 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.

Versicherungsnummer

noch Ziffer **16.1**

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.

Wenn ich die Mitnahme einer pflegebedürftigen Person wünsche, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger das Formular G0111 mit meinen Daten und meinen Bewilligungsbescheid an die Pflegeversicherung weiterleitet. **Ich willige ein**, dass der zuständige Pflegeversicherungsträger die Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Rehabilitationseinrichtung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung mit den Aufnahmedaten und Entlassdaten meiner stationären Rehabilitation koordiniert und zu diesem Zweck mit den Einrichtungen Kontakt aufnehmen und die erforderlichen Daten übermitteln kann. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Eine fehlende Einwilligung führt dazu, dass der zuständige Pflegeversicherungsträger die gleichzeitige Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Rehabilitationseinrichtung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung nicht organisieren kann.

Ort, Datum

Unterschrift

16.2 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 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).

Versicherungsnummer

noch Ziffer **16.2**

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.

16.3 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.

17 Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

18 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.

18.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
18.2 AUD-Beleg ist beigefügt ☐ nein ☐ ja	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift Datum	

Absender*in (Antragsteller*in):

Antragsempfänger (zuständiger Kostenträger):

Ergänzung meines Antrages auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation:

Geltendmachung Wunsch- und Wahlrecht

Sehr geehrte Damen und Herren,

zusätzlich zu meinem Antrag auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation mache ich hiermit das mir gemäß § 8 SGB IX zustehende Wunsch- und Wahlrecht geltend. Ich möchte gerne in einer von mir gewählten und zu meinen persönlichen Umständen passenden Rehabilitationseinrichtung behandelt werden.

Ich habe mich nach genauer Überlegung für folgende Rehabilitationseinrichtung entschieden:

Rehaklinik Birkenbuck in 79429 Malsburg-Marzell

Ich bin davon überzeugt, dass in dieser Fachklinik die Verbesserung meines Gesundheitszustandes und somit die Erreichung meiner Reha-Ziele bestmöglich gewährleistet ist.

Entsprechen Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht oder nur eingeschränkt, teilen Sie mir das bitte schriftlich (rechtsmittelfähiger Bescheid unter Angabe genauer, medizinischer Gründe wie ärztliches Gutachten, ggf. durch den MDK) mit. Zur Nachvollziehbarkeit und Prüfung der Entscheidung bitte ich Sie auch um eine ausführliche begründete Ablehnung. Sollten ggf. Kostenerwägungen für die Ablehnung ausschlaggebend sein, senden Sie mir bitte eine detaillierte Begründung, warum Ihres Erachtens entstehende Mehrkosten durch meine Klinikwahl unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

_____

Datum / Ort / Unterschrift Antragsteller*in