

Versicherungsnummer der Person, aus deren
Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Eingangsstempel
der Antrag aufnehmenden Stelle

Eingangsstempel
des Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (Kinderrehabilitation)

G0200

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund Sechstes Buch Sozialgesetzbuch und Neuntes Buch 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, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird (zum Beispiel Elternteil)

Name		Vorname (Rufname)	
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht		
	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> geschlechtsneutral
Geburtsort (Kreis, Land)		Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)			

2 Angaben zur Person des Kindes

Angehörigenverhältnis zur Person in Ziffer 1			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> eigenes Kind <input type="checkbox"/> in den Haushalt aufgenommenes Stiefkind oder Pflegekind		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enkel, Bruder oder Schwester, wenn in den Haushalt aufgenommen oder überwiegend unterhalten		
Name, Vorname (Rufname), Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht		
	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> geschlechtsneutral
Geburtsort (Kreis, Land)		Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		Versicherungsnummer des Kindes (soweit vorhanden)	



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

3 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP)

Nimmt das Kind an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

0 nein 1 ja

4 Krankenkasse des Kindes

Name

Straße, Hausnummer Telefon

Postleitzahl Ort

Gesetzliche Krankenkasse

Private Krankenversicherung

5 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt des Kindes

Name Vorname

Straße, Hausnummer Telefon

Postleitzahl Ort

6 Weitere Angaben zum Kind

6.1 Bezieht das Kind eine Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?

Name des Rentenversicherungsträgers Versicherungsnummer

nein ja

6.2 Übt das Kind eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet?

Name und Anschrift des Dienstherrn oder des Trägers der Versorgungslast

nein ja

6.3 Sind bei dem Kind Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- Folge eines Unfalls in der Kindertagesstätte oder Schule,
- Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls,
- Berufskrankheit,
- Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,
- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivillist,
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgtenleiden,
- Impfschaden?

Von welcher Stelle? Aktenzeichen

nein ja

Welche Gesundheitsstörungen?



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

noch Ziffer **6.3**

Wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt? Bei welcher Stelle? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.4 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende Gesundheitsstörung des Kindes ganz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch andere Personen verursacht worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Formular R0870 - 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 <input type="checkbox"/> bei welcher Stelle? <input type="checkbox"/> Aktenzeichen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

7 Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn das Kind mindestens 18 Jahre alt ist

Das Kind <input type="checkbox"/> befindet sich in Schulausbildung oder Studium (Bitte Schulbescheinigung oder Studienbescheinigung beifügen!) <input type="checkbox"/> befindet sich in Berufsausbildung (Bitte Kopie des Ausbildungsvertrages beifügen!) <input type="checkbox"/> leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder einen Bundesfreiwilligendienst (Bitte Bescheinigung des zuständigen Trägers beifügen!) <input type="checkbox"/> ist wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande, sich selbst zu unterhalten (Bitte Nachweis über die Behinderung beifügen!)
--

8 Weitere Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

8.1 Wurden oder werden Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8.2 Wurden Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt? Staat <input type="checkbox"/> von - bis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8.3 Werden aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Formular G0205 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!
8.4 Wird eine Beschäftigung ausgeübt, 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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



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

12.2 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)

13 Erklärung und Information (nicht Zutreffendes streichen)

13.1 Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, 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 Kinderrehabilitationen 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.

13.2 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).

13.3 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.

14 Unterschriften

14.1

Ort, Datum

Unterschrift der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird



Versicherungsnummer der Person, aus deren
Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

14.2

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

- des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung

oder

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

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung / des Betreuers

