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 ☐ männlich ☐ weiblich ☐ 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

☐ eigenes Kind ☐ in den Haushalt aufgenommenes Stiefkind oder Pflegekind

☐ Enkel, Bruder oder Schwester, wenn in den Haushalt aufgenommen oder überwiegend unterhalten

| | |
|---|---|
| Name, Vorname (Rufname), Geburtsname | frühere Namen |
| Geburtsdatum | Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ 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) |

| Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|---|---|---|
| | | |

## 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 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?

noch Ziffer **6.3**

Wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

☐ nein ☐ ja

**6.4** Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Gesundheitsstörung** des Kindes ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

☐ nein ☐ 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 | bei welcher Stelle? | Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

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

**Das Kind**

☐ befindet sich in Schulausbildung oder Studium (Bitte Schulbescheinigung oder Studienbescheinigung beifügen!)

☐ befindet sich in Berufsausbildung (Bitte Kopie des Ausbildungsvertrages beifügen!)

☐ leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder einen Bundesfreiwilligendienst (Bitte Bescheinigung des zuständigen Trägers beifügen!)

☐ 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?

☐ nein ☐ ja

**8.2** Wurden Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

Staat | von - bis

☐ nein ☐ ja

**8.3** Werden aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

☐ nein ☐ 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?

☐ nein ☐ ja

| Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|---|---|---|
| | | |

## 9 Antragstellung durch eine andere Person

**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

| | |
|---|---|
| Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen) | |
| In der Eigenschaft als<br>☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter | |
| Straße, Hausnummer | telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) |
| Postleitzahl / Wohnort | |
| Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) | |
| für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 6 Ziffer 14.2)<br>Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten | ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht |

## 10 Bankverbindung

(die Angabe ist freiwillig, zugleich für eine Überweisung unverzichtbar)

| | |
|---|---|
| IBAN (International Bank Account Number)<br>**D E** | |
| Geldinstitut (Name, Ort) | |
| Kontoinhaberin / Kontoinhaber | |

## 11 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Ist das Kind auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzt das Kind behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, das Kind ist angewiesen auf:

## 12 Dokumentenzugang

### 12.1 Per De-Mail

☐ 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: _____

| Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|---|---|---|
| | | |

### 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