INFORMATIONSBLATT FÜR DEN BEHANDELNDEN ARZT

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

Allgemeines

Ihre Patientin/Ihr Patient beabsichtigt, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe zu stellen. Der Begriff „**Leistungen zur Teilhabe**“ wurde als Oberbegriff für alle Leistungen zur Rehabilitation ab 01.07.2001 vom Gesetzgeber eingeführt.

In diesem Zusammenhang erbitten wir von Ihnen einen ärztlichen Befundbericht. Hierzu möchten wir Sie als behandelnden Arzt in den Entscheidungs- und Gestaltungsprozess einbeziehen – insbesondere bei der Einleitung, Durchführung und Nachsorge. **Ihre Einschätzung ist eine wesentliche Entscheidungsgrundlage.** Die Rehabilitation der Rentenversicherung wendet sich an Personen mit krankheitsbedingter erheblicher Gefährdung oder bereits bestehender Minderung der Erwerbsfähigkeit, an Patienten mit malignen Erkrankungen und an Personen mit besonderen beruflichen Belastungen. Das Konzept dieser Behandlung ist auf eine aktive Mitwirkung des Patienten ausgerichtet.

Weiterleitung der Befundunterlagen und des Antrages

Im Patienteninteresse dürfen wir Sie bitten, den ärztlichen **Befundbericht umgehend** zu erstellen und **zur Abholung bereitzuhalten**. Bitte händigen Sie den Befundbericht **und** die Honorar-Abrechnung sowie die evtl. beizufügenden Facharzt-/Krankenhausberichte (siehe unten) und/oder Fotokopien Ihres(r) Patient(in) im verschlossenen Umschlag aus. Falls die Befundunterlagen **nicht abgeholt werden** können, senden Sie diese bitte in einem weiteren Umschlag direkt an den/die Patienten(in). Sollte Ihnen jedoch bereits der ausgefüllte/unterschriebene **Reha-Antragsvordruck** vorliegen, empfehlen wir diesen gemeinsam mit dem **Befundbericht** sowie der Honorar-Abrechnung dem zuständigen Träger der Deutschen Rentenversicherung in einem separaten Kuvert zukommen zu lassen.

Entwöhnungsbehandlung

Für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen bietet die Rentenversicherung spezielle Entwöhnungsbehandlungen an, in denen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogensucht gezielt behandelt werden.

Um prüfen zu können, ob und welche Leistungen in Betracht kommen, benötigen wir Angaben zu Art und Ausmaß der rehabilitationsbedürftigen Erkrankungen und zum allgemeinen Gesundheitszustand Ihrer Patientin/Ihres Patienten. Aus den Befunden und Diagnosen sollten die Funktionseinschränkungen ersichtlich werden.

ICD 10

Wir bitten Sie, alle klartextlich aufgeführten **Diagnosen nach der** ICD-10-GM in der jeweils geltenden Version **zu verschlüsseln**. Mit Ihrer Diagnosen-Codierung unterstützen Sie maßgeblich den Verfahrensablauf. Die Verschlüsselungen von Diagnosen erfolgen grundsätzlich vierstellig oder fünfstellig, soweit möglich. Unter „Lok.“ ist die alphabetische Verschlüsselung "Lokalisation" einzutragen, unter „Zu.“ die alphabetische Verschlüsselung für den "Diagnosezusatz“. Es ist wichtig, die Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für den Rehabilitationsantrag zu nennen.

Anregungen

Ihre Anregungen werden nach Möglichkeit berücksichtigt, ohne dass dies in jedem Fall garantiert werden kann (z. B. bei problematischen Diagnosekombinationen). Wünsche, die die Auswahl der Klinik betreffen, werden berücksichtigt, wenn hierfür wichtige medizinische und persönliche Gründe geltend gemacht werden.

Bemerkungen

Bitte teilen Sie uns unter „Bemerkungen“ mit, wenn wir weitere relevante Informationen von anderen Ärzten erhalten können, Sie eine spezielle Diagnostik für erforderlich halten oder eine sozialmedizinische Begutachtung empfehlen.

vorhandene Befunde und Berichte

Sofern Ihnen **Facharzt- oder Krankenhausberichte** neueren Datums (nicht älter als zwei Jahre) vorliegen, bitten wir Sie, uns diese **immer zusammen mit dem Befundbericht in Kopie zur Verfügung zu stellen**. Sofern Ihre Patientin/ Ihr Patient an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnimmt, übersenden Sie uns bitte auch die DMP-Dokumentationsbögen.

Sollten Sie es vorziehen, uns die Originale zur Einsicht zu überlassen, sichern wir Ihnen **umgehende Rücksendung** zu.

Einverständnis

Ihr(e) Patient(in) ist mit der Erteilung ärztlicher Auskünfte an die Deutsche Rentenversicherung einverstanden. Ergänzend weisen wir auf § 100 SGB X hin, wonach ein Arzt verpflichtet ist, dem Leistungsträger auf Verlangen im Einzelfall Auskunft zu erteilen.

neue Befunderhebung

Falls ohne neue Befunderhebung kein Befundbericht erstellt werden kann, bitten wir Sie, auf das Ausfüllen des Formulars zu verzichten. In diesem Fall wird die Deutsche Rentenversicherung die entsprechenden medizinischen Ermittlungen selbst veranlassen.

Honorar

Die Vergütung für den vollständigen ärztlichen Bericht erfolgt nach den Vergütungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung Bund. Dabei ist zu beachten, dass das Porto, die Schreibgebühren sowie die Kosten für die Kopien in der Verwaltungskostenpauschale enthalten sind. Wir bitten deshalb, die Übersendung der Unterlagen ausreichend zu frankieren. Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (z. B. für zusätzliche Untersuchungen) können nicht erstattet werden.

Wir bedanken uns für Ihre Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Deutsche Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung
in Bayern

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer: | | | | | | | | | | | |

Nur für Rentenversicherungsträger:
Eingang am

Anlagen

angewiesen am durch

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

beabsichtigt sind

☐ stationäre bzw. ☐ ambulante medizinische Leistungen
☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Personalien des Patienten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße PLZ, Wohnort

Zur Zeit arbeitsunfähig? ☐ nein ☐ ja, seit : wegen

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung möglichst als Funktionsdiagnosen

		ICD-10	Lok.	Zu.
1.				
2.				
3.				
4.				

Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen

☐ Taubheit ☐ Blindheit ☐ wesentliche Gehbehinderung ☐ Rollstuhl
☐ sonstige Behinderung:

Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren

☐ liegen nicht vor

Name, Vorname: **VSNR:**

Risikofaktoren/ Gefährdung durch

☐ Alkohol ☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Nikotin

☐ Sonstige:

Untersuchungsbefund

ohne Befund sind: ☐ Atemwege ☐ Herz/Kreislauf ☐ Bauchorgane ☐ Bewegungsapparat ☐ Nervensystem und Psyche

von der Norm abweichende Befunde (einschl. klinisch-chemischer/ klinisch-diagnostischer Befunde):

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm RR: _____ mm Hg Puls: _____

Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

☐ in den letzten 6 Monaten:

☐ vorher:

Behandlungsmöglichkeiten nach dem Heilmittelkatalog sind ausgeschöpft ☐ ja ☐ nein

Erbracht wurden (Anzahl und Art):

Anregung spezieller Maßnahmen

☐ Krankengymnastik	☐ Ernährungsberatung	☐ Nichtrauchertraining
☐ Bewegungs-/Sporttherapie	☐ Diätschulung	☐ Entspannungstherapie
☐ Rückenschule	☐ Diabetikerschulung	☐ Psychotherapie
☐ Gefäßtraining		☐ Hirnleistungstraining
☐ Inhalation		☐ Logopädie
☐ Atemgymnastik	☐ Entwöhnungsbehandlung	☐ Ergotherapie

☐ Sonstige:

Verständigung in deutscher Sprache möglich?	☐ ja	☐ nein, in welcher
Ist Belastbarkeit für stationäre Rehabilitation gegeben?	☐ ja	☐ nein
Besteht ausreichende Belastbarkeit und Mobilität für ambulante Rehabilitation?	☐ ja	☐ nein
Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?	☐ ja	☐ nein, Bemerkung
Wird eine Begleitperson für erforderlich gehalten?	☐ ja	☐ nein
Besteht eine Schwangerschaft?	☐ ja	
Liegt ein Arbeitsunfall/Berufskrankheit vor?	☐ ja	☐ nein
Liegt ein Versorgungsleiden (z.B. Wehrdienstbesch.) vor?	☐ ja	☐ nein
Liegt ein sonstiger Unfall vor?	☐ ja	☐ nein

Bemerkungen:

Erbitte Rückruf ☐ durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers ☐ durch den zuständigen Arzt der Reha-Klinik

Antrag erfolgt auf meine Anregung ☐ ja ☐ nein

Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen: ☐ ja ☐ nein

Datum Unterschrift Stempel Telefonnummer

Versicherungsnummer (ggf. der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird)

Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

Deutsche Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung

Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht

G0600

Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigefügte Kopien):
30,41 EUR

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes versehen sind.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

Personalien der Patientin / des Patienten

Name, Vorname	Geburtsdatum

Personalien der Versicherten / des Versicherten (falls abweichend von der Patientin / dem Patienten)

Name, Vorname	Geburtsdatum

Geschäftskonto der Zahlungsempfängerin / des Zahlungsempfängers

Institutionskennzeichen	
IBAN (International Bank Account Number) D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

Bitte unbedingt angeben:	Rechnungsnummer	Rechnung vom

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)

G0600-00 DRV
Version 11011 - AGDR 1/2018 - Stand 01.01.2023

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 diesen Antrag auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0100 stellen.

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** (Berufliche Rehabilitation)	**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 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)
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		
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)

☐ **0** ledig ☐ **1** verheiratet ☐ **2** geschieden ☐ **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)

☐ **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

5 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

6 Krankenkasse

Name	
Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Ort
telefonisch tagsüber zu erreichen	

☐ Gesetzliche Krankenkasse ☐ 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		
Adresszusatz		
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

vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

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 Leistungen des Jobcenters

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

☐ nein ☐ ja Name des Jobcenters, Aktenzeichen

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

Versicherungsnummer

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

Versicherungsnummer

10.7 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

11 Antragstellung durch andere Personen

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?

☐ nein, weiter bei Ziffer 12

☐ 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

12 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

13 Dokumentenzugang

13.1 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:

_____

13.2 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)

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. 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.

Versicherungsnummer

noch Ziffer **14.1**

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

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).

Versicherungsnummer

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.

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

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben - Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind

G0133

Name, Vorname	Geburtsdatum

Hinweis: Der Antrag ist vor dem Kauf beziehungsweise vor der verbindlichen Bestellung zu stellen.

Haben Sie das Hilfsmittel beziehungsweise die technische Arbeitshilfe verbindlich bestellt oder bereits gekauft?

☐ nein ☐ ja

1 Beantragte Leistung

Orthopädische Ausstattung von Fußschutz / Arbeitsschuhen
Hinweis: Handelt es sich um einen Folgeantrag, bitte Formular G0135 verwenden!

☐ maßgefertigte Einlagen ☐ Maßschuhe
☐ Zurichtungen ☐ semiorthopädische Schuhe / Modulschuhe

bitte Ziffer 2 und 5 bis 10 ausfüllen!

☐ Mehrbedarf bei Hörhilfen

bitte Ziffer 3 beachten und Ziffern 5 bis 10 ausfüllen!

☐ Sonstige Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen

bitte Ziffer 4 beachten und Ziffern 5 bis 10 ausfüllen!

Art: _____

2 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz / für Arbeitsschuhe sind folgende Fragen zu beantworten:

Müssen Sie auch außerhalb des Arbeitsplatzes Schuhe mit orthopädischer Ausstattung tragen?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Werden die Kosten dafür gegebenenfalls von Ihrer Krankenkasse, der Berufsgenossenschaft oder von anderen Kostenträgern übernommen?

Von welcher Stelle?

☐ nein ☐ ja _____

Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Hatten Sie schon einmal Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?

☐ nein ☐ ja

G0133-00 DRV
Version 04004 - AGDR 3/2018 - Stand 11.10.2018

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **2**

Haben Sie Gefühlsstörungen an den Füßen?

☐ nein ☐ ja

Sind bei Ihnen Durchblutungsstörungen der Beine bekannt?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Hatten Sie schon einmal Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?

☐ nein ☐ ja

Sind Sie schon einmal an den Füßen operiert worden?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, weshalb?

Diesem **Antrag** sind folgende Unterlagen beizufügen**:**

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers (Formular G0134)
- Befundbericht eines Orthopäden, Diabetologen oder Rheumatologen
- Angebot eines Orthopädieschuhmachers
  - Trittspur auf Blaupapier mit Fußmaßen oder Nachweis in einer vergleichbaren Bildgebung
  - bei Diabetesversorgungen oder orthopädischen Maßschuhen zusätzlich Foto der Füße und Befundbogen eines Orthopädieschuhmachers

3 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für einen Mehrbedarf bei Hörhilfen sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe (Vorderseite und Rückseite)
- Kostenvoranschlag und der Anpassbericht des Hörgeräteakustikers

4 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für sonstige Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Fachärztliche Empfehlung mit Begründung und konkreter Diagnose
- Kostenvoranschlag mit ausführlicher Funktionsbeschreibung

5 Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird)

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Art des Betriebs (zum Beispiel Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)

genaue Tätigkeit (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)

Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet

☐ nein ☐ ja, bis _____

Das Beschäftigungsverhältnis ist gekündigt

☐ nein ☐ ja, zum _____

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **5**

Arbeitshaltung

	ständig	überwiegend	zeitweise
stehend	☐	☐	☐
gehend	☐	☐	☐
sitzend	☐	☐	☐
gebückt	☐	☐	☐
Arme über Brusthöhe	☐	☐	☐
kniend / hockend	☐	☐	☐
auf Gerüsten / Leitern	☐	☐	☐

Heben / Tragen

Art der Lasten:

Gewichte häufig bis kg gelegentlich bis kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

☐ nein ☐ ja, folgende

weitere Bemerkungen

Arbeitsorganisation

Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche

☐ Ganztagsarbeit
☐ Teilzeitarbeit
☐ andere Arbeitszeitmodelle

☐ regelmäßige Frühschicht / Spätschicht
☐ regelmäßige Dreischicht
☐ nur Nachtschicht
☐ starrer maschinengebundener Arbeitstakt
☐ Einzelakkord ☐ Gruppenakkord

Beschreibung

Arbeitsweise

☐ Außendienst zu _____ %

☐ Innendienst zu _____ %

Äußere Einflüsse

☐ Kälte, Zugluft, Nässe
☐ Hitze
☐ starke Staubentwicklung
☐ Rauchentwicklung
☐ starker Lärm
☐ Lärmschutz muss getragen werden
☐ Erschütterungen / Vibrationen
☐ Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?

☐ hautreizende Stoffe, welche?

☐ atemwegsreizende Stoffe, welche?

☐ überwiegend im Freien
☐ überwiegend in Rohbauten
☐ überwiegend witterungsgeschützt

Berufliches Kraftfahren

☐ Pkw
☐ Lkw
☐ Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge
☐ Personenbeförderung
☐ Gefahrguttransport

Sonstiges

☐ außerordentliche Konzentration erforderlich
☐ überwiegend Bildschirmarbeit
☐ besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)

6 Gesundheitliche Probleme

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **6**

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

☐ nein ☐ ja

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit

7 Arztbehandlungen

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?

Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

8 Begutachtungen

Sind Sie in den letzten 12 Monaten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von der Agentur für Arbeit oder von einer anderen Stelle begutachtet worden?

☐ nein ☐ ja, wann und von welcher Stelle?

9 Betriebsarzt / Werksarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

☐ nein ☐ ja, wegen _____

Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Werksarztes

☐ nein ☐ ja _____

Ich bin damit einverstanden, dass sich der Rentenversicherungsträger mit dem Betriebsarzt / Werksarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

☐ nein ☐ ja

10 Bereits gestellte Anträge

Haben Sie aktuell einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem anderen Leistungsträger gestellt (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft, Integrationsamt)?

Name und Anschrift des Leistungsträgers — Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja _____

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

G0133-00 DRV
Version 04004 - AGDR 3/2018 - Stand 11.10.2018

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers zum Tragen von Fußschutz (hier Sicherheitsschuhe nach DIN EN ISO 20345) oder von Arbeitsschuhen

G0134

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten	Geburtsdatum

1 Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet

☐ nein ☐ ja, bis

Das Beschäftigungsverhältnis ist gekündigt

☐ nein ☐ ja, zum

Die Versicherte / der Versicherte ist verpflichtet, am Arbeitsplatz aufgrund geltender Unfallverhütungsvorschriften

☐ Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) zu tragen.

☐ nein ☐ ja

☐ Arbeitsschuhe zu tragen. (Beantwortung von Ziffer 2 nicht erforderlich)

☐ nein ☐ ja

2 **Sicherheitsschuhe** sind demnach - entsprechend dem Gefährdungsrisiko der Versicherten / des Versicherten am Arbeitsplatz - in folgender Ausführung notwendig: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Schuhform:

☐ A	Halbschuh
☐ B	Stiefel niedrig
☐ C	Stiefel halbhoch
☐ D	Stiefel hoch
☐ E	Stiefel oberschenkelhoch

Klassifizierung I Schuhe aus Leder oder anderen Materialien, mit Ausnahme von Vollgummischuhen oder Gesamtpolymerschuhen

Kategorie	**Schutzfunktion**
☐ SB	Schuhe mit Zehenkappe 200 Joule
☐ S1	zusätzlich: Geschlossener Fersenbereich, Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
☐ S2	wie S1, zusätzlich: Wasserdurchtritt, Wasseraufnahme
☐ S3	wie S2, zusätzlich: Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle

G0134-00 DRV
V002 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **2**

Klassifizierung II	Schuhe vollständig geformt oder vulkanisiert (Gummistiefel, Polymerstiefel für den Nassbereich)
Kategorie	**Schutzfunktion**
☐ S4	Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
☐ S5	wie S4, zusätzlich: Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle

Notwendige Zusatzanforderungen nach DIN EN ISO 20345

Symbol	**Anforderung**
☐ P	Durchtrittsicherheit
☐ A	Antistatische Schuhe
☐ HI	Wärmeisolierung
☐ CI	Kälteisolierung
☐ E	Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
☐ WRU	Wasserdurchtritt und Wasseraufnahme
☐ HRO	Verhalten gegenüber Kontaktwärme

3 Kosten für Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) / Arbeitsschuhe

Die Kosten für ein Paar Sicherheitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung in der oben genannten Ausführung betragen

_____ EUR einschließlich Mehrwertsteuer.

Die Kosten für ein Paar Arbeitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung betragen

_____ EUR einschließlich Mehrwertsteuer.

4 Nur bei Folgeanträgen (Ersatzbeschaffungen) angeben:

Die von der Versicherten / dem Versicherten bisher genutzten Sicherheitsschuhe oder Arbeitsschuhe sind

☐ weiter gebrauchsfähig.

☐ nicht weiter gebrauchsfähig.

_____ Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

_____ Telefonnummer für eventuelle Rückfragen

G0134-00 DRV
V002 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015