

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).

Sie können dieses Formular auch elektronisch auf [www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0100](http://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.

<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Bitte Formular G0110 beifügen!
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen	Bitte Formular G0110 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	Bitte Formular G0110 (sofern Sie keine Altersrente beziehen) und das Formular S0052 beifügen!
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)	Bitte Formular G0130 beifügen!
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeughilfe	Bitte die Formulare G0140 und G0142 beifügen!
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind	Bitte die Formulare G0133 und gegebenenfalls G0134 beifügen!



## 2 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](http://www.RV-Reha.de) alle Rehabilitationseinrichtungen benannt, mit denen die Deutsche Rentenversicherung zusammenarbeitet.

Hier haben Sie die Möglichkeit, mehrere (**bis zu drei**) 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 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
---------------------

### 3 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 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers		
Geburtsort		Geburtsland	
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl	Wohnort		
Land			
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Telefax (Angabe freiwillig)	

### 4 Angaben zum Familienstand und Beruf

<b>4.1 Familienstand</b> (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
<b>4.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf</b> (möglichst genaue Bezeichnung)			

### 5 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 ungelernter 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



Versicherungsnummer

## 6 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				

## 7 Krankenkasse

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

## 8 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

## 9 Beiträge zur Sozialversicherung

<b>9.1</b> Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?												
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja												
<b>9.2</b> Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?												
Staat _____												
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja												
vom <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr										
Tag	Monat	Jahr										
<b>9.3</b> Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?												
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Formular G0105 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!												

## 10 Leistungen des Jobcenters

Beziehen oder bezogen Sie zuletzt Leistungen des Jobcenters oder haben Sie Leistungen beantragt?
Name des Jobcenters, Aktenzeichen _____
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bitte entsprechende Nachweise beifügen!

## 11 Sonstige Angaben

<b>11.1</b> 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?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>11.2 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung</b>
Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?
Name des Rentenversicherungsträgers _____
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>11.3 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente</b>
Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Knappschaftsausgleichsleistung)?
Art der Leistung _____
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja





Versicherungsnummer

**11.7** 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

**12 Antragstellung durch andere Personen**

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?

nein, weiter bei Ziffer 13

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

**13 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

## 14 Dokumentenzugang

### 14.1 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:
- 

### 14.2 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)

## 15 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.

### 15.1 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
---------------------

**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.

**15.3 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.

**16 Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**17 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>17.1</b> Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen								
<b>17.2</b> AUD-Beleg ist beigelegt									
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja									
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift									
Datum <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>									

