

5 Krankenkasse

5.1	Name und Anschrift der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse (AUD-Beleg erforderlich)	<input type="checkbox"/> Private Krankenkasse* (AUD-Beleg nicht erforderlich)
* Wir empfehlen Ihnen, Ihre private Krankenversicherung von der Antragstellung zu unterrichten. Im Falle der Ablehnung meines Antrages durch die BfA bin ich damit einverstanden, dass meine private Krankenversicherung eine Durchschrift des Ablehnungsbescheides erhält.			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

6 Behandelnde(r) Ärztin / Arzt

Name, Anschrift und Tel.-Nr. der Ärztin / des Arztes

7 Beiträge zur Rentenversicherung

7.1	Haben Sie außer zur BfA Beiträge zu einem anderen Rentenversicherungsträger entrichtet? Versicherungsträger (z. B. Bundesknappschaft, Seekasse, Bahnversicherungsanstalt) von - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zu folgender Stelle	
Sind Sie Beitragspflichtige(r) oder Weiterversicherte(r) in der Landwirtschaftlichen Alterskasse?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

8 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

8.1	Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8.2	Beabsichtigen Sie, in den nächsten sechs Monaten Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente zu beantragen?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8.3	Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8.4	Haben Sie einen Antrag auf Altersteilzeit gestellt? Wenn ja, welches Modell und ab wann befinden Sie sich in der arbeitsfreien Phase der Altersteilzeit?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

9 Sonstige Angaben

9.1	Sind Leiden als Folge von Wehr- oder Zivildienstbeschädigung, als Folge eines Arbeitsunfalls, als Berufskrankheit, als Verfolgtenleiden, als Impfschaden oder als Folge einer Gewalttat anerkannt? von welcher Stelle? Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
9.2	Haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? bei welcher Stelle? Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
9.3	Sind Leiden Folge einer durch Dritte verursachten Körperverletzung bzw. Krankheit (z. B. Verkehrsunfall, sonstiger Unfall, Ansteckung)?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
9.4	Haben Sie Schadenersatzansprüche geltend gemacht? bei welcher Stelle?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
9.5	Haben Sie in den letzten vier Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kuren (auch bezuschusste der Krankenkasse) oder ähnliche Leistungen erhalten? von welcher Stelle zuletzt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

10 Zahlungsempfänger bei Überweisungen (z. B. Übergangsgeld)

Kreditinstitut (Name, Ort)	Bankleitzahl	Kontonummer
Kontoinhaberin / Kontoinhaber		

11 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

11.1 **Ich versichere**, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag und dem dazu gehörenden Selbstauskunftsbogen bzw. Zusatzfragebogen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können. Das Merkblatt zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation habe ich erhalten und von dem Inhalt Kenntnis genommen.

11.2 **Ich bin damit einverstanden**, dass die BfA von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die sie für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. 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 Rehabilitations-einrichtung - stattgefunden haben, werde ich der BfA umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können. **Ich bin damit einverstanden**, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110, 111 SGB VII, § 116 bzw. § 119 SGB X die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an die BfA und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

11.3 **Information für die Antragstellerin / den Antragsteller**

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir Daten, die wir im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von Ihnen beantragten Leistung erhalten haben, an einen anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Arbeitsamt, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) oder für eigene Aufgaben an einen sonstigen Dritten (beispielsweise einen anderen Gutachter) weitergeben dürfen, falls dies erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 i. V. m. § 69 SGB X. Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit und 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). Ich habe von der vorstehenden Information Kenntnis genommen.

11.4 **Ich verpflichte mich**, Veränderungen in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen (z. B. Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Renten-, Kranken-, Arbeitslosen-, Pflege- oder Unfallversicherung, nach dem Bundessozialhilfegesetz, dem Bundesversorgungsgesetz usw.) der BfA sofort mitzuteilen.

11.5 **Ich nehme zur Kenntnis**, dass

- meine Krankenkasse der BfA sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhaus- bzw. Rehabilitationsaufenthalten) der letzten drei Jahre übermittelt,
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

11.6 **Mir ist bekannt**, dass bei Bezug von Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente oder wenn eine solche beantragt wurde, kein Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation besteht (Ausnahme: Onkologische Nachsorgeleistungen). Sollte ich zwischen zeitlich bei der BfA Altersrente oder deren Erhöhung beantragen, werde ich dies zu diesem Antrag sofort nachmelden.

11.7 **Ich nehme zur Kenntnis**, dass die von der BfA bewilligten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entweder stationär, oder anstelle dieser unter besonderen örtlichen Voraussetzungen, ambulant durchgeführt werden (siehe hierzu auch das Merkblatt zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation unter Abschnitt (B) - Ziff. 8.1.1).

11.8 **Nur bei Anträgen auf Leistungen zur medizinische Rehabilitation wegen allgemeiner Erkrankungen** (siehe hierzu auch das Merkblatt zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation unter Abschnitt (B) - Ziff. 7.3.1)

Hinsichtlich der ärztlichen Stellungnahme werde ich

wegen eines Befundberichtes meinen behandelnden Arzt aufsuchen.

einen Gutachter der BfA aufsuchen.

12 **Unterschrift**

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers
(bei Vertretung bitte Vollmacht beifügen)

13 Bescheinigung der Krankenkasse

13.1 Der Antragsteller ist bei folgender Krankenkasse versichert: (Bei privater Krankenversicherung entfallen die Angaben zu Ziff. 13.1 - 13.4)

--	--

Der Antragsteller ist Personalien des Mitglieds (Name, Vorname, Geb.-Datum)

pflicht-versichert
 freiwillig versichert
 Renten-antragsteller
 Rentner
 familien-versichert

Wurden für den Antragsteller in den letzten vier Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach **§ 40 Abs. 1 SGB V** (ambulante Rehabilitationsleistungen), **§ 40 Abs. 2 SGB V** (stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung) o. **§ 41 Abs. 1 SGB V** (Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks) durchgeführt oder bezuschusst (vgl. § 12 Abs. 2 SGB VI)?
ggf. Art und Zeitraum der Leistung

nein ja _____

Anmerkung
 Nicht anzugeben sind ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 27 Abs. 1 Nr. 6 SGB V), ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 2 und 4 SGB V) und Vorsorgeleistungen für Mütter (§ 24 Abs. 1 SGB V).

13.2 Ist der Antragsteller arbeitsunfähig? Krankengeld Leistungsunterbrechung

<small>seit</small>	<small>seit</small>	<small>am</small>
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

13.3 Werden zzt. Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet?
- nur ausfüllen, wenn die Krankenkasse nach § 28h Abs. 1 SGB IV auch Einzugsstelle für die Beiträge ist -
letzter Beitrag (Monat, Jahr)

nein ja
 zur Angestellten-versicherung
 Arbeiterrenten-versicherung
 Knappschaftlichen Rentenversicherung

Bahnversicherungsanstalt Seekasse

13.4 **AUD-Beleg**

Keine AU-Zeiten / Krankenhaus- / Reha-Aufenthalte in den letzten drei Jahren vor Reha-Antragstellung vorhanden, AUD-Beleg ist daher nicht beigelegt.

AUD-Beleg ist als EDV-Ausdruck beigelegt.

AUD-Beleg ist unter Verwendung des Vordruckes G1007 (bisher 8.7101 3) beigelegt.

Die Versicherte / der Versicherte hat der Datenübermittlung gegenüber der Krankenkasse widersprochen. Der AUD-Beleg wurde daher nicht ausgefüllt.

Stempel der Krankenkasse, Unterschrift

Datum
