

5 Krankenkasse

5.1 Name und Anschrift der Krankenkasse Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenversicherung*

* Wir empfehlen Ihnen, Ihre private Krankenversicherung von der Antragstellung, ggf. Bewilligung bzw. Ablehnung zu unterrichten.

6 Behandelnde Ärztin / behandelnder 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
 nein ja, zu folgender Stelle

Sind Sie Beitragspflichtige(r) oder Weiterversicherte(r) in der Landwirtschaftlichen Alterskasse?
 nein ja

8 Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung / andere Leistungen

8.1 Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?
 nein ja

8.2 Beabsichtigen Sie, in den nächsten sechs Monaten Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente zu beantragen?
 nein ja

8.3 Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird?
 nein 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?
 nein 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? nein ja Aktenzeichen

9.2 Haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?
bei welcher Stelle? nein ja Aktenzeichen

9.3 Sind Leiden Folge einer durch Dritte verursachten Körperverletzung bzw. Krankheit (z. B. Verkehrsunfall, sonstiger Unfall, Ansteckung)?
 nein ja

9.4 Haben Sie Schadenersatzansprüche geltend gemacht?
bei welcher Stelle? nein ja

9.5 Haben Sie in den letzten vier Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder ähnliche Leistungen vom Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Krankenversicherung oder einem anderen Rehabilitationsträger erhalten?
Datum der letzten Leistung nein ja Name des Rehabilitationsträgers

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. Die Information 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 Rehabilitationseinrichtung - 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 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII), §§ 116, 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren (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 (AUD-Beleg, siehe Ziffer 13.4),
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann. Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenkassen.

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 Rehabilitationsnachsorge). Sollte ich zwischenzeitlich 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.

11.8 **Nur bei Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

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 (entfällt bei privater Krankenversicherung)

13.1 Die Antragstellerin / Der Antragsteller ist bei folgender Krankenkasse versichert:

Name und genaue Anschrift der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
Personalien des Mitglieds (Name, Vorname, Geb.-Datum)	

Sie / Er ist

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

Wurden für die Antragstellerin / 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) oder **§ 41 Abs. 1 SGB V** (Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks) durchgeführt oder bezuschusst (vgl. § 12 Abs. 2 SGB VI)?

nein ja ggf. Art und Zeitraum der Leistung

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 und Väter (§ 24 Abs. 1 SGB V).

13.2 Besteht Arbeitsunfähigkeit?

seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Krankengeld seit	Leistungsunterbrechung am
---	---------------------	------------------------------

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

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	zur <input type="checkbox"/> Angestelltenversicherung <input type="checkbox"/> Arbeiterrentenversicherung <input type="checkbox"/> knappschaftlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Bahnversicherungsanstalt <input type="checkbox"/> Seekasse
---	---	---

13.4 **AUD-Beleg**

Keine AU-Zeiten, Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalte in den letzten drei Jahren vor Reha-Antragstellung. Ein AUD-Beleg wurde daher nicht ausgestellt.

AUD-Beleg ist als EDV-Ausdruck beigelegt.

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

Die Antragstellerin / Der Antragsteller hat der Datenübermittlung an die BfA widersprochen. Ein AUD-Beleg wurde daher nicht ausgestellt.

Stempel der Krankenkasse, Unterschrift

Datum
