

Adressaufkleber

Kostenträger :

Absender :

Name/Vorname : _____ geb. _____

Strasse : _____

PLZ/ORT : _____

Antrag auf Kostenübernahme von:

- Antistatischen Maßeinlagen nach Baumusterprüfung
- Antistatischen Maßeinlagen mit Arbeitssicherheitsschuhen nach Baumusterprüfung
- Arbeitssicherheitsschuhe mit orth. Umbau nach Baumusterprüfung
- Antistatischen Maßeinlagen mit orth. umgebauten Arbeitssicherheitsschuhen nach Baumusterprüfung
- Orthopädische Sicherheitsschuhe nach Maß

.....

Sehr geehrte Damen und Herren,

um weiterhin am Berufsleben teilnehmen zu können, benötige ich oben gekennzeichnete Sicherheitsschuhversorgung.

Ein entsprechender Kostenvoranschlag der Firma Schuhmode & Orthopädie Nils Peters ist beigelegt.

Ich bitte um Überprüfung der Daten und um Kostenübernahme.

Mit freundlichen Grüßen

(Datum, Unterschrift)

2017 7.50

<input checked="" type="checkbox"/> Versicherungsnummer <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Kennzeichen (soweit bekannt)	Eingangsstempel der Antrag aufnehmenden Stelle	Eingangsstempel des Rentenversicherungsträgers
--	---------------------------------	---	---

**Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte
- Rehabilitationsantrag**

G100

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - und des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) - 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 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil (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).

Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter schriftlich aufgefordert, diesen Antrag zu stellen?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, die Krankenkasse <input type="checkbox"/> ja, die Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> ja, das Jobcenter	Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen!

1 Beantragte Leistung

<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 ff. SGB IX) <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant	Anlage (Formular G110) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 ff. SGB IX) <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant <input type="checkbox"/> ambulant	Anlage (Formular G110) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (§ 15 oder § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI)	Anlage (Formular G110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen!
<input type="checkbox"/> Medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen - § 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI)	Anlage (Formular G110) bitte beifügen!
<input checked="" type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation - § 16 SGB VI in Verbindung mit § 33 ff. SGB IX)	Anlage (Formular G130) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeughilfe (§ 33 Absatz 8 Nummer 1 SGB IX)	Anlagen (Formulare G140 und G141) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind (§ 33 Absatz 8 Nummer 4 und 5 SGB IX)	Anlage (Formular G130) bitte beifügen!

Seite 1 von 7

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

2 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)
Geburtsname		frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsort (Kreis, Land)		
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		

3 Angaben zum Familienstand und Beruf

3.1 Familienstand (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
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)

<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 Beamtenrechtes	<input type="checkbox"/> 8 Selbständiger

5 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 ohne Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 2 Ganztagsarbeit mit Wechselschicht / Akkord
<input type="checkbox"/> 3 Ganztagsarbeit mit Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 4 Teilzeitarbeit, weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 5 Teilzeitarbeit, mindestens 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		

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

✓ **6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP)**

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

0 nein 1 ja

✓ **7 Krankenkasse**

Name	
Straße, Hausnummer	
Telefon	
Postleitzahl	Ort
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Krankenkasse
<input type="checkbox"/>	Private Krankenversicherung

✓ **8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt**

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	
Telefon	
Postleitzahl	Ort

✓ **9 Beiträge zur Sozialversicherung**

9.1	Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?	
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/> ja
9.2	Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?	
	Staat	von - bis
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/> ja
9.3	Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?	
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/> ja, Formular G105 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen) bitte beifügen!

✓ **10 Bezug von Arbeitslosengeld II**

Beziehen oder bezogen Sie im laufenden Kalenderjahr Arbeitslosengeld II?	
<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja, bitte entsprechende Nachweise beifügen!

✓ **11 Beamteneigenschaft**

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

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

✓ **12 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung**

Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?
Name des Rentenversicherungsträgers

nein ja

✓ **13 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente**

Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Anpassungsgeld, Knappschaftsausgleichsleistung)?
Art der Leistung

nein ja

✓ **14 Sonstige Angaben**

14.1 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?
Bei welcher Stelle?

nein ja

14.2 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, Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Formular R870) bitte beifügen.

Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

nein ja

am bei welcher Stelle? Aktenzeichen

14.3 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

von - bis

14.4 Haben Sie unmittelbar vor diesem Rehabilitationsantrag bereits bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Mutter- / Vater-Kind-Leistungen (Vorsorge oder Rehabilitation) gestellt beziehungsweise sind solche Leistungen zuvor verordnet worden? (Vorhandene Unterlagen bitte beifügen!)

nein ja

am Name der Krankenkasse Aktenzeichen

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

15 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	
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund
<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

16 Bankverbindung

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

17 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, Führungshund oder Assistenzhund)?

nein ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:

18 Dokumentenzugang 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 (Kassette)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

19 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)

19.1 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 anfordert, die er 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 Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) beziehungsweise der §§ 116 / 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

19.2 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) 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).

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 Krankenkassen.

19.3 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.

19.4 Ermächtigung

Ich ermächtige den Rentenversicherungsträger hiermit widerruflich, eine nach § 32 SGB VI gegebenenfalls zu leistende Zuzahlung von dem unter Ziffer 16 des Antrages angegebenen Konto abzubuchen, falls die Rehabilitationseinrichtung den Zuzahlungsbetrag nicht bereits eingezogen hat.

20 Unterschrift

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.



Ort, Datum



Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



21 Bestätigung der Krankenkasse

- wird von der Krankenkasse ausgefüllt, sofern die Antragstellung über die Krankenkasse erfolgt -
(nur ausfüllen, wenn eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragt wird; entfällt bei privater
Krankenversicherung)

21.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen						
Sie ist / Er ist <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert							
Wurden für die Antragstellerin / den Antragsteller in den letzten 4 Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 1 SGB V (ambulante Rehabilitationsleistungen), § 40 Absatz 2 SGB V (stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung) oder § 41 Absatz 1 SGB V (Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes) durchgeführt oder bezuschusst (§ 12 Absatz 2 SGB VI)?							
Art und Zeitraum der Leistung							
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja							
Anmerkung: Nicht anzugeben sind ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Absatz 2 und 4 SGB V) und Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 Absatz 1 SGB V).							
21.2 Werden zurzeit Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt? - nur ausfüllen, wenn die Krankenkasse nach § 28h Absatz 1 des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches, Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung, auch Einzugsstelle für die Beiträge ist -							
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,							
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">letzter Beitrag</td> </tr> <tr> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		letzter Beitrag		Monat	Jahr		
letzter Beitrag							
Monat	Jahr						
21.3 AUD-Beleg ist beigelegt							
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja							
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift							
Datum							

✓

Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt)
-------------------------	-------------------------------------

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)

G130

✓

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

1 Schulausbildung

<input type="checkbox"/> Hauptschule / Polytechnische Oberschule (8 Klassen)	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Realschule (Mittelschule) / Polytechnische Oberschule (10 Klassen)	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Gymnasium / Erweiterte Oberschule	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Gesamtschule	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Sonstige Schule	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Berufsschule / Berufsfachschule / Berufsaufbauschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachoberschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachhochschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Hochschule / Universität	Schuljahre oder Semester von - bis
Erreichte Schulabschlüsse oder Art der abgelegten Prüfungen	

2 Berufsausbildung

2.1 Welche Berufsausbildung haben Sie?		
Berufsausbildung als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
Berufsausbildung als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
2.2 Abgebrochene Berufsausbildung		
als	warum abgebrochen?	am

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

2.3 Anlernberuf		
als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung

2.4 Sind Sie schon einmal umgeschult worden?		von - bis
Umschulungsberuf		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung?		

Wer war Kostenträger (zum Beispiel Agentur für Arbeit)?	Aktenzeichen

Wo erfolgte die Umschulung (zum Beispiel Berufsförderungswerk)?

2.5 Haben Sie an Lehrgängen, Fernlehrgängen oder Kursen teilgenommen?	
Art und Zeitraum	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

2.6 Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?	
Sprache und Beherrschungsgrad	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

3 Bisher ausgeübte Tätigkeiten

von - bis	Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung)

4 Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird oder zuletzt verrichtet wurde)

Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt seit	Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb
Art des Betriebes (zum Beispiel Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)		
genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)		
ausgeübt von - bis	beendet wegen	
Arbeit suchend gemeldet?	bei welcher Agentur für Arbeit?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Weiter mit Ziffer 4

Arbeitslos gemeldet?	bei welcher Agentur für Arbeit?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	

Wird eine Weiterbeschäftigung oder Wiederbeschäftigung beim derzeitigen oder letzten Arbeitgeber gewünscht?
 nein ja, gegebenenfalls Wünsche zur innerbetrieblichen Umsetzung:

Arbeitshaltung

ständig überwiegend zeitweise

stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kniend / hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Gerüsten / Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

- Publikumsverkehr
 häufige Reisetätigkeit
 Auswärts-Montage
 Mitarbeiterführung
 erhöhte Unfallgefahr
 außerordentliche Konzentration erforderlich

lange Anfahrtszeiten

_____ Minuten

- keine geregelten Pausen
 überwiegend Bildschirmarbeit
 besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Weiter mit Ziffer 4



Warum glauben Sie, die bisherige Arbeit nicht mehr verrichten zu können - gesundheitliche beziehungsweise andere Gründe -? Bitte Beschwerden angeben.

--



Mit welchen Leistungen könnte die Deutsche Rentenversicherung Ihnen nach Ihrer Meinung helfen?

--

5 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme



Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von - bis _____ _____	wegen _____ _____

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

--

Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Bluthochdruck, Herzerkrankung, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?

nein ja, Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe:

--

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

nein ja

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkmale	seit

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

6 Arztbehandlungen

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

Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

7 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?

8 Betriebsarzt / Personalarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

nein ja, wegen

Ist ein Betriebsarzt / Personalarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Personalztes

nein ja

Ich bin damit einverstanden, dass sich der Rentenversicherungsträger mit dem Betriebsarzt / Personalarzt 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

9 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)?

Name und Anschrift des Leistungsträgers

nein ja

Ort, Datum

Unterschrift

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

Kennzeichen (soweit bekannt)

G600

Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht

Deutsche Rentenversicherung

Personalien der Patientin / des Patienten

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Personalien der Versicherten / des Versicherten

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigefügte Kopien): 27,20 EUR

ZE-Nr. (falls vorhanden)

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 ist.

Zahlungsempfänger

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
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)



Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

Ärztlicher Befundbericht

- zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe
 zum Rentenantrag

Dieser Befundbericht ist nur vom behandelnden Arzt (oder nach stattgefundener Krankenhausbehandlung vom Krankenhausarzt) vollständig zu erstellen. Aus den Befunden und Diagnosen sollten die Funktionseinschränkungen ersichtlich werden. Deshalb bitten wir um das Ausfüllen des ärztlichen Befundberichtes mit besonderer Berücksichtigung erhobener Funktionsbefunde.

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht gewähren wir nach der Vergütungsrichtlinie der Deutschen Rentenversicherung ein Honorar in Höhe von derzeit 27,20 EUR, sofern es sich nicht um Amtshilfepflichten entsprechend § 3 SGB X handelt. Hierin enthalten ist die Verwaltungskostenpauschale zur Abgeltung der Schreibgebühren, der Portokosten und der Kosten für beigelegte Fotokopien. **Bitte verwenden Sie ggf. die Honorarabrechnung, SMD 2061, Blatt 4.**

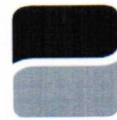
Ärztin / Arzt

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Versicherte / Versicherter

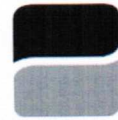
Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung:	ICD-10
Jetzige Beschwerden:	
Funktionseinschränkungen:	



Versicherungsnummer													
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Krankheitsvorgeschichte (insbes. Krankenhausaufenthalte, Konsiliaruntersuchungen):</p>
<p>Bisherige und aktuelle Therapie:</p>
<p>Untersuchungsbefunde (körperlicher / psychopathologischer Befund):</p>
<p>Wichtige medizinisch technische Befunde (bitte möglichst Unterlagen als Kopie beifügen):</p>



Versicherungsnummer _____

Patient befindet sich seit dem _____ in meiner Behandlung. Letzter Kontakt am _____

Kontakte bestehen wöchentlich 14-tägig monatlich seltener

Ist der Patient derzeit durch Sie **arbeitsunfähig** geschrieben?

nein ja, seit _____

Befundänderung in den letzten 12 Monaten?

nein ja, Besserung
 ja Verschlechterung

Verständigung in deutscher Sprache möglich?

ja
 nein – in welcher Sprache _____

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?

ja nein

Besserung der Leistungsfähigkeit möglich?

nein ja kann ich nicht beurteilen

Falls ja: durch welche Maßnahme(n)?

Belastbarkeit für eine medizinische Rehabilitation?

ja nein

Bemerkungen:

Datum, Unterschrift, Stempel



Ärztlicher Befundbericht

- zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe
 zum Rentenantrag

Versicherte/Versicherter	Versicherungsnummer
--------------------------	---------------------

Honorarabrechnung

Für Ärzte einer Haftanstalt erfolgt keine Honorierung!

Das Honorar beträgt **27,20 EUR** inkl. Schreibgebühren, Porto und Kosten für beigelegte Kopien.

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Befundbericht zusammen mit der Honorarabrechnung an den in Ihrem Bundesland zuständigen Standort der Deutschen Rentenversicherung Nord.

Geldinstitut mit Ortsangabe	
IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	

Nachfolgende Zeilen bitte nur ausfüllen, wenn der Betrag **nicht** auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll:

Kontoinhaber (Name, Vorname)
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes, Arztstempel

- Dieser Teil wird von der Deutschen Rentenversicherung Nord ausgefüllt -

Feststellung des Rechnungsbeleges

Der ausgefüllte sowie mit Datum, Unterschrift und Arztstempel versehene Arztbefundbericht ist eingegangen.

Datum, Unterschrift – Namenstempel -



Versicherungsnummer

Ärztlicher Befundbericht

- zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe
- zum Rentenantrag

Dieser Befundbericht ist nur vom behandelnden Arzt (oder nach stattgefundener Krankenhausbehandlung vom Krankenhausarzt) vollständig zu erstellen. Aus den Befunden und Diagnosen sollten die Funktionseinschränkungen ersichtlich werden. Deshalb bitten wir um das Ausfüllen des ärztlichen Befundberichtes mit besonderer Berücksichtigung erhobener Funktionsbefunde.

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht gewähren wir nach der Vergütungsrichtlinie der Deutschen Rentenversicherung ein Honorar in Höhe von derzeit 27,20 EUR, sofern es sich nicht um Amtshilfepflichten f o u s p r e c h e n d § 3 S G B X handelt. Hierin enthalten ist die Verwaltungskostenpauschale zur Abgeltung der Schreibgebühren, der Portokosten und der Kosten für beigefügte Fotokopien. **Bitte verwenden Sie ggf. die Honorarabrechnung, SMD 2061, Blatt 4.**

Ärztin / Arzt

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Versicherte / Versicherter

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung:	ICD-10

Jetzige Beschwerden:

Funktionseinschränkungen:

Deutsche Rentenversicherung
Nord
Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck
Platanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg
Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg

Postanschrift
23544 Lübeck
17030 Neubrandenburg
22037 Hamburg



**Deutsche
Rentenversicherung**

Nord

Ausfertigung für die Ärztin/den Arzt

Versicherungsnummer

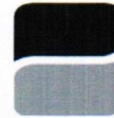
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Krankheitsvorgeschichte (insbes. Krankenhausaufenthalte, Konsiliaruntersuchungen):

Bisherige und aktuelle Therapie:

Untersuchungsbefunde (körperlicher / psychopathologischer Befund):

Wichtige medizinisch technische Befunde (bitte möglichst Unterlagen als Kopie beifügen):



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Patient befindet sich seit dem _____ in meiner Behandlung. Letzter Kontakt am _____

Kontakte bestehen wöchentlich 14-tägig monatlich seltener

Ist der Patient derzeit durch Sie **arbeitsunfähig** geschrieben? nein ja, seit _____

Befundänderung in den letzten 12 Monaten? nein ja, Besserung ja Verschlechterung

Verständigung in deutscher Sprache möglich? ja nein – in welcher Sprache _____

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? ja nein

Besserung der Leistungsfähigkeit möglich? nein ja kann ich nicht beurteilen

Falls ja: durch welche Maßnahme(n)?

Belastbarkeit für eine medizinische Rehabilitation? ja nein

Bemerkungen:

 Datum, Unterschrift, Stempel