

5 Krankenkasse

5.1 Name und Anschrift der Krankenkasse Gesetzliche Krankenkasse (AUD-Beleg erforderlich) 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.

nein 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

nein ja, zu folgender Stelle

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

nein ja

8 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

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 Drittel 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 Verfolgtenseiden, als Impfschaden oder als Folge einer Gewalttat anerkannt?
von welcher Stelle? Aktenzeichen

nein ja

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

nein ja

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, Kuren (auch bezuschusste der Krankenkasse) oder ähnliche Leistungen erhalten?
von welcher Stelle zuletzt?

nein ja

10 Zahlungsempfänger bei Überweisungen (z. B. Übergangsgeld)

| | | |
|---|--------------|-------------|
| Kontoführendes Geldinstitut (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 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 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.

Für den Fall, dass mein behandelnder Arzt einen Befundbericht zum Rehabilitationsantrag eingereicht hat, **bin ich damit einverstanden**, dass er über die Entscheidung der BfA informiert wird.

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 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 (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 medizinischen 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 - 13.3) | | |
| | Name und genaue Anschrift der Krankenkasse | Institutionskennzeichen | |
| | Der Antragsteller ist Personalien des Mitglieds (Name, Vorname, Geb.-Datum) | | |
| | <input type="checkbox"/> pflicht-versichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> Renten-antragsteller <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> 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)? <small>ggf. Art und Zeitraum der Leistung</small> | | |
| | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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? <small>seit</small> | Krankengeld <small>seit</small> | Leistungsunterbrechung <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 - | | |
| | <small>letzter Beitrag (Monat, Jahr)</small> | | |
| | <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 | |
| | Stempel der Krankenkasse, Unterschrift | | |
| | | | Datum |