

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt)

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



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

--	--	--	--	--

Eingangsstempel
der Antrag aufnehmenden Stelle

Eingangsstempel
des Rentenversicherungsträgers

rehapro Projekt MeKi

Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (Kinderrehabilitation)

G0200

Leistungen zur Kinderrehabilitation können Kinder von Versicherten und Rentnern sowie Waisenrentenbezieher erhalten. Bitte geben Sie oben die zutreffende Versicherungsnummer an.

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir einige wichtige Informationen und Unterlagen. Bitte füllen Sie den Antrag auf Kinderrehabilitation vollständig aus.

Sie können dieses Formular auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0200 ausfüllen.

1 Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird (zum Beispiel Elternteil)

Name		Vorname												
Geburtsname		frühere Namen												
Geburtsdatum	Geschlecht													
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ohne Eintrag	<input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer		Telefon												
Postleitzahl	Wohnort													

2 Angaben zum Kind

Angehörigenverhältnis zur Person in Ziffer 1														
<input type="checkbox"/>	eigenes Kind													
<input type="checkbox"/>	in den Haushalt aufgenommenes Stiefkind oder Pflegekind													
<input type="checkbox"/>	Enkel, Bruder oder Schwester, wenn in den Haushalt aufgenommen oder überwiegend unterhalten													
Name, Vorname, Geburtsname														
Geburtsdatum	Geschlecht													
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ohne Eintrag	<input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer		Telefon												
Postleitzahl	Wohnort													

3 Begleitperson

Wird die Mitnahme einer Begleitperson beantragt?			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, die Mitnahme einer Begleitperson wird beantragt
(Hinweis: Wenn das Kind 12 Jahre oder älter ist, bedarf es einer medizinischen Begründung der Notwendigkeit!)			



--	--	--	--

4 Wunsch- und Wahlrecht (Angaben freiwillig)

An dieser Stelle besteht die Gelegenheit, mitzuteilen, in welcher Rehabilitationseinrichtung die Leistung durchgeführt werden soll. Mehrere (bis zu 3) Wünsche können angegeben werden. Die Eintragungen sollten in der gewünschten Rangfolge vorgenommen werden.

Auf der Internetseite www.rv-reha.de sind alle Rehabilitationseinrichtungen benannt, die ausgewählt werden können.

Sofern kein Wunsch geäußert wird, unterbreitet die Deutsche Rentenversicherung bis zu 4 Vorschläge mit geeigneten Rehabilitationseinrichtungen.

Die Kinderrehabilitation sollte nach Möglichkeit in einer der nachfolgend benannten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden (Angaben freiwillig):

1. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

Klinik Schönsicht GmbH
Oberkälberstein 1-11,
Kälbersteinstraße 14
83471 Berchtesgaden

2. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

3. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

5 Krankenkasse des Kindes

Name	
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung

6 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt des Kindes

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer			Telefon
Postleitzahl	Ort		



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

7 Weitere Angaben zum Kind

7.1 Bezieht das Kind eine Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?

Name des Rentenversicherungsträgers

Versicherungsnummer

nein ja

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

7.2 Übt das Kind eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet?

Name und Anschrift des Dienstherrn oder des Trägers der Versorgungslast

nein ja

7.3 Sind bei dem Kind Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- Folge eines Unfalls in der Kindertagesstätte oder Schule, 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,
- Verfolgteneiden,
- Impfschaden?

Von welcher Stelle?

Aktenzeichen

nein ja

Welche Gesundheitsstörungen?

Falls nein, wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

nein ja

7.4 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Gesundheitsstörung** des Kindes ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein ja, Formular F0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII - bitte beifügen.

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

am

bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

nein ja

8 Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn das Kind mindestens 18 Jahre alt ist

Das Kind

befindet sich in Schulausbildung oder Studium (Bitte Schulbescheinigung oder Studienbescheinigung beifügen!)

befindet sich in Berufsausbildung (Bitte Kopie des Ausbildungsvertrages beifügen!)

leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder einen Bundesfreiwilligendienst (Bitte Bescheinigung des zuständigen Trägers beifügen!)

ist wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande, sich selbst zu unterhalten (Bitte Nachweis über die Behinderung beifügen!)



Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

9 Weitere Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

9.1 Wurden oder werden Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9.2 Wurden Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt? Staat _____ von - bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9.3 Werden aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Formular G0205 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!
9.4 Wird eine Beschäftigung ausgeübt, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

10 Antragstellung durch andere Personen

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt? <input type="checkbox"/> nein, weiter bei Ziffer 11 <input type="checkbox"/> ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von (Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen)	
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 _____	Telefon _____
Postleitzahl _____	Wohnort _____

11 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Ist das Kind auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzt das Kind behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)? Falls ja, das Kind ist angewiesen auf: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____

12 Dokumentenzugang

12.1 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:



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

12.2 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)

13 Erklärung und Information

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

13.1 Einwilligungserklärung (nicht Zutreffendes streichen)

Ich willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über den Gesundheitszustand des Kindes erteilt werden dürfen, soweit dies für die Entscheidung über den Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die von mir Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen hierzu erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verfahrens - beispielweise 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 Kinderrehabilitationen des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:

- des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung

oder

- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit

ist beigelegt wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung / des Betreuers



