



## 6 Erziehung von Kindern

Haben Sie ein Kind/Kinder (Anzahl: \_\_\_\_\_) erzogen?

nein  ja

## 7 Bankverbindung

Kontoinhaber	Name und Sitz der Bank
Kto.-Nr.	Bankleitzahl

## 8 Arbeitgeber

Arbeitgeber/Firma	Beschäftigt seit
Postleitzahl	Ort
	Telefonnummer

## 9 Hinweis

- Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir von Ihnen verschiedene Informationen. Wir bitten Sie daher, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten. Ihre Mithilfe erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Ihre Mitwirkungspflicht und deren Umfang ergeben sich aus den §§ 60 ff des Sozialgesetzbuches „Allgemeiner Teil“ (SGB I). Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).
- Für eine sachgerechte Entscheidung benötigen wir auch – insbesondere medizinische – Unterlagen. Es handelt sich dabei in der Regel um Befunde, Berichte, Stellungnahmen, Gutachten von Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Beratungsstellen und sonstigen medizinischen und psychologischen Einrichtungen, in denen Sie in der Vergangenheit untersucht, begutachtet oder behandelt worden sind. Da wir erst im Verlauf der Bearbeitung erkennen können, ob und ggf. bei wem Unterlagen mit personenbezogenen Daten angefordert werden müssen, ist es nicht möglich, alle Stellen und Personen hier namentlich zu benennen.
- Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihr Antrag ohne Ihre Einwilligung zu den unten stehenden Ziffern 1 – 3 nicht bearbeitet werden kann, da Ihre medizinischen Unterlagen notwendigerweise vom Arzt unseres sozialmedizinischen Dienstes geprüft und im Falle einer Bewilligung an die Rehabilitationseinrichtung übersandt werden müssen. Ohne Ihre Einwilligung in die Datenübermittlung ist uns daher weder eine sachgerechte Entscheidung noch die Durchführung der Leistung möglich. **Sollten Sie die erbetene Einwilligungserklärung nicht abgeben, müssen wir Ihren Rehabilitationsantrag unter Umständen wegen fehlender Mitwirkung ablehnen.**

## 10 Erklärung der/des Versicherten

**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 (z. B. Leistungen aus der gesetzlichen Renten-, Unfall-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

### 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) bzw. 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.

### 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 (z. B. 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 (z. B. zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Abs. 2 Nr. 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).

### Ermächtigung

**Ich ermächtige den Rentenversicherungsträger hiermit widerruflich, evtl. überzahltes Übergangsgeld und eine nach § 32 SGB VI gegebenenfalls zu leistende Zuzahlung von dem unter Ziffer 7 des Antrages angegebenen Konto abzubuchen, falls die Rehabilitationseinrichtung den Zuzahlungsbetrag nicht bereits eingezogen hat.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers (wenn abweichend vom Antragsteller)

Mit der/den Ziffer/n \_\_\_\_\_ bin ich nicht einverstanden (siehe obigen Hinweis Ziffer 9 c)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift