

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

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		
	☐ männlich	☐ weiblich	☐ ohne Eintrag ☐ divers
Straße, Hausnummer		Telefon	
Postleitzahl	Wohnort		

2 Angaben zum Kind

Angehörigenverhältnis zur Person in Ziffer 1		
☐ eigenes Kind	☐ in den Haushalt aufgenommenes Stiefkind oder Pflegekind	
☐ Enkel, Bruder oder Schwester, wenn in den Haushalt aufgenommen oder überwiegend unterhalten		
Name, Vorname, Geburtsname		
Geburtsdatum	Geschlecht	
	☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers	
Straße, Hausnummer		Telefon
Postleitzahl	Wohnort	

3 Begleitperson

Wird die Mitnahme einer Begleitperson beantragt?	
☐ nein	☐ ja, die Mitnahme einer Begleitperson wird beantragt
(Hinweis: Wenn das Kind 12 Jahre oder älter ist, bedarf es einer medizinischen Begründung der Notwendigkeit!)	





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,
- Verfolgtenleiden,
- Impfschaden?

Von welcher Stelle?

Aktenzeichen

☐ ja ☐ nein

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!)



9.1 Wurden oder werden Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

☐ nein ☐ ja

9.2 Wurden Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

Staat _____ von - bis _____

☐ nein ☐ ja

9.3 Werden aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

☐ nein ☐ 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?

☐ nein ☐ ja

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?	
☐	nein, weiter bei Ziffer 11
☐	ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von (Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen)
Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)	
In der Eigenschaft als	
☐	gesetzlicher Vertreter
☐	Vormund
☐	Betreuer
☐	Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl	Wohnort

Ist das Kind auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzt das Kind behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führungshund oder Assistenzhund)?

Falls ja, das Kind ist angewiesen auf:

☐ nein ☐ ja _____

☐ 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.

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 Verwaltungsverfahrens - beispielsweise 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

1

ist beigefügt

1

wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung / des Betreuers



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) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Ebenfalls dürfen andere Sozialleistungsträger und der Medizinische Dienst die medizinischen Daten, die dort bereits vorliegen, an uns weitergeben.

Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 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).

Ich verpflichte mich, Änderungen zu den Angaben in diesem Antrag dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

14.1

Unterschrift der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

14.2

Unterschrift des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung / des Betreuers

Absender*in (Antragsteller*in):

Antragsempfänger (zuständiger Kostenträger):

Ergänzung meines Antrages auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation:

Geltendmachung Wunsch- und Wahlrecht

Sehr geehrte Damen und Herren,

zusätzlich zu meinem Antrag auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation mache ich hiermit das mir gemäß § 8 SGB IX zustehende Wunsch- und Wahlrecht geltend. Ich möchte gerne in einer von mir gewählten und zu meinen persönlichen Umständen passenden Rehabilitationseinrichtung behandelt werden.

Ich habe mich nach genauer Überlegung für folgende Rehabilitationseinrichtung entschieden:

Rehaklinik Kandertal in 79429 Malsburg-Marzell

Ich bin davon überzeugt, dass in dieser Fachklinik die Verbesserung meines Gesundheitszustandes und somit die Erreichung meiner Reha-Ziele bestmöglich gewährleistet ist.

Entsprechen Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht oder nur eingeschränkt, teilen Sie mir das bitte schriftlich (rechtsmittelfähiger Bescheid unter Angabe genauer, medizinischer Gründe wie ärztliches Gutachten, ggf. durch den MDK) mit. Zur Nachvollziehbarkeit und Prüfung der Entscheidung bitte ich Sie auch um eine ausführliche begründete Ablehnung. Sollten ggf. Kostenerwägungen für die Ablehnung ausschlaggebend sein, senden Sie mir bitte eine detaillierte Begründung, warum Ihres Erachtens entstehende Mehrkosten durch meine Klinikwahl unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

Datum / Ort / Unterschrift Antragsteller*in