

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												
<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												
<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>													

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
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)											
Straße, Hausnummer											
Telefon											
Postleitzahl	Wohnort										
<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>											



6 **Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt des Kindes**

Name					Vorname				
Straße, Hausnummer								Telefon	
Postleitzahl		Ort							
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>									

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	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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 Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch - Soziale Entschädigung, - Verfolgtenleiden, - Impfschaden?		
Von welcher Stelle?		Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Welche Gesundheitsstörungen?		
Falls nein, wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?		
Bei welcher Stelle?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
7.4 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende Gesundheitsstörung des Kindes ganz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch andere Personen verursacht worden?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja



Age Group	Number of People
0-10	10
11-20	20
21-30	90
31-40	30
41-50	20
51-60	10
61-70	10
71-80	10
81-90	10
91-100	10

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?

☐ 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

10 Antragstellung durch andere Personen

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

Age Group	Number of People
0-10	10
11-20	20
21-30	30
31-40	40



Age Group	Number of People
10-19	10
20-29	20
30-39	30
40-49	40
50-59	30
60-69	20
70-79	10
80-89	5
90-99	2

noch Ziffer **13.1**

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 beigefügt ☐ wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort. Datum

Unterschrift des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung / des Betreuers

13.2 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) 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.

Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter oder Rehabilitationseinrichtungen) 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 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I).

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).

13.3 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, Änderungen zu den Angaben in diesem Antrag dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

14 Unterschriften

14.1

Ort, Datum

Unterschrift der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

14.2

Ort, Datum

Unterschrift des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung / des Betreuers

