



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	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<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
	<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



A horizontal timeline consisting of a thin black line with vertical tick marks at regular intervals. The tick marks are evenly spaced along the line, indicating a sequence or progression of events over time.

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!)

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:

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	
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 Zivildienstbesch digung,
 - 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

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?**

rain is

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

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

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

Beobachtung

Wachsmut



A horizontal timeline with vertical tick marks at regular intervals, representing time or sequence.

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:

nein ja

12 Dokumentenzugang 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 Verwaltungsverfahrens - 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.



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

