



Aktenzeichen:

Anlage I

Angaben zur Feststellung einer Erwerbsminderung

A. Angaben zur Person

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Telefon Vorwahl/Rufnummer

B. Berufliche Tätigkeit

1. Üben Sie noch eine selbständige Erwerbstätigkeit aus?

nein

Datum und Grund der Aufgabe (z. B. Löschung in der Handwerksrolle, Abmeldung beim Gewerbeamt – bitte nachweisen)

ja

im eigenen land-, forstwirtschaftlichen oder gärtnerischen Unternehmen bzw. des eines Familienangehörigen

im eigenen gewerblichen Betrieb bzw. des eines Familienangehörigen

im sonstigen freien Beruf

Art und Umfang der Tätigkeit

2.1 Sind Sie außerhalb der Land- und Forstwirtschaft oder dem Gartenbau als Arbeitnehmer (auch geringfügig) beschäftigt?

nein

ja, und zwar

Beschäftigung/Tätigkeit

bis

Tag, Monat, Jahr

Name, Anschrift des Arbeitgebers

2.2 Wie ist / war Ihre tägliche Arbeitszeit?

Tage pro Woche; Stunden täglich

2.3 Besteht das Arbeitsverhältnis (zumindest formal) noch? ja nein

C. Angaben zur Erwerbsminderung

1. Ist bereits ein Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung bei einem Träger der Deutschen Rentenversicherung gestellt worden oder ist bereits eine Erwerbsminderung anerkannt worden?

nein

ja, und zwar

Name des Rentenversicherungsträgers

Versicherungsnummer

Falls ja, sind die Nummern 2 – 6 nicht mehr auszufüllen. Bitte den Rentenbescheid beifügen.

2. Seit wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert?

Seit wann?

Monat, Jahr

3. Ist eine Erwerbsminderung von anderen Stellen (z. B. wegen Arbeitsunfall, Schwerbehinderung) anerkannt worden oder wurden Sie amtsärztlich untersucht?

nein

ja, und zwar

Name der Behörde

Aktenzeichen

Wann?

Monat, Jahr

4. Wurde eine Begutachtung für die Pflegeversicherung veranlasst?

nein

ja, und zwar

Name der Behörde

Aktenzeichen



Aktenzeichen:

5. Sind Sie in **ambulanter** ärztlicher Behandlung?

nein

ja, seit _____
Monat, Jahr

bei _____
Name und Anschrift des Arztes

Einen ärztlichen Befundbericht des behandelnden Arztes (Anlage K) bzw. sofern vorhanden weitere medizinische Unterlagen in Kopie bitte beifügen.

Sind Sie bei weiteren Ärzten in Behandlung?

Name und Anschrift des Arztes/Fachrichtung

Name und Anschrift des Arztes/Fachrichtung

6. Wurden Sie in den letzten 4 Jahren **stationär** behandelt?

nein

ja, und zwar _____
Name und Anschrift des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung

Wann? _____
Monat, Jahr

7. Ist in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt oder eine solche Leistung beantragt worden?

nein

ja, bei/von _____
Versicherungsträger Aktenzeichen

Wann? _____
Monat, Jahr

D. Unterschrift

Datum

Unterschrift

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.

Als Anlagen sind beigelegt

Erklärung zur Weitergabe und Anforderung medizinischer Unterlagen



Aktenzeichen:

Erklärung zur Weitergabe und Anforderung medizinischer Unterlagen	
A. Angaben zur Person	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
<p>Soweit es für die Prüfung und Bearbeitung meines Antrags erforderlich ist, entbinde ich die Ärzte, die ich im Antrag angegeben habe und denen ich vorgestellt wurde, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Alterskasse.</p> <p>Unter den gleichen Voraussetzungen erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Alterskasse Versicherungsunterlagen, Akten, Gutachten, Krankenunterlagen und Röntgenaufnahmen von anderen Sozialleistungsträgern, von Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen und von Gerichten bezieht und auswertet.</p> <p>Es kann erforderlich werden, die mit ärztlichen und psychologischen Begutachtungen erhobenen personenbezogenen Daten an andere Sozialleistungsträger oder an selbständige Gutachter weiterzugeben. Einer solchen Übermittlung können Sie widersprechen. Ihr Widerspruch kann jedoch zur Folge haben, dass Ihnen Sozialleistungen ganz oder teilweise versagt werden.</p> <p>Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Soweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Folge, dass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch – SGB I).</p>	
_____ Datum	_____ Unterschrift
<p>Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.</p>	