



Aktenzeichen:

**Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge/Rehabilitation**

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 60 ff. SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund des § 40 SGB V zu erheben. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

**A. Angaben zur Person des Antragstellers**

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer	Rentenversicherungs-Nr.

**Familienstand**

ledig Falls nicht ledig, seit \_\_\_\_\_ Tag, Monat, Jahr
  verheiratet
  getrennt lebend
  geschieden
  verwitwet
  in eingetragener Partnerschaft lebend

**B. Angaben zur beantragten Leistung**

1. Beantragte Leistungsart

ambulante Rehabilitation \_\_\_\_\_  
 gewünschtes Rehabilitationszentrum

(ambulante) mobile Rehabilitation \_\_\_\_\_  
 gewünschte Rehabilitationseinrichtung

stationäre Rehabilitation \_\_\_\_\_  
 gewünschte Rehabilitationseinrichtung

stationäre Vorsorge \_\_\_\_\_  
 gewünschte Vorsorgeeinrichtung

\_\_\_\_\_ gewünschter Behandlungsbeginn

2. Besondere Anforderungen an die Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung (z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, allergenarm, hausstaubmilbenfrei, Barrierefreiheit)

3. Haben Sie in den letzten vier Jahren medizinische Vorsorgeleistungen, Leistungen zur Rehabilitation, Kuren (auch bezuschusste der Krankenkasse) oder ähnliche Leistungen von folgenden Trägern erhalten?

Krankenkasse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr
Alterskasse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr
Deutsche Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr
Versorgungsamt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr
Sonstige	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

4. Sind Leiden Folgen einer durch Dritte verursachten Körperverletzung oder Krankheit (z. B. Verkehrsunfall, sonstiger Unfall, Ansteckung?)

nein  ja, und zwar  
 folgende Krankheit/en \_\_\_\_\_

5. Sind Leiden als Folge von Wehr- oder Zivildienstbeschädigung, als Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist, als Folge eines Arbeitsunfalls, als Berufskrankheit, als Verfolgtenleiden, als Impfschaden oder als Folge einer Gewalttat anerkannt?

nein  
 ja, und zwar \_\_\_\_\_  
 von welcher Stelle?

Aktenzeichen



Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

6. Haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

- nein  
 ja, und zwar

bei welcher Stelle? \_\_\_\_\_

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

7. Liegt eine Schwerbehinderung vor?

- nein  ja Grad der Behinderung in % \_\_\_\_\_

**C. Angaben zur Beitragszahlung und zum Leistungsbezug**

(Hinweis: Diese Angaben sind nur erforderlich, wenn ein Antrag auf **Rehabilitation** gestellt wird.)

1. Werden oder wurden Beiträge an die landwirtschaftliche Alterskasse bzw. zur gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund, ehemals BfA oder regionale Träger der Deutschen Rentenversicherung, ehemals LVA) entrichtet?

- nein  
 ja, und zwar  60 KM\*  180 KM\*  6 Pflichtbeiträge in den letzten 24 KM\* (\*KM = Kalendermonate)

\_\_\_\_\_  
Rentenversicherungsträger

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

2. Erhalten Sie eine der nachstehenden Leistungen oder ist eine solche beantragt worden?

- |   | Rentenbezug   | Rentenantrag  |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Altersrente  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Rente wegen Berufsunfähigkeit                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Rente wegen Erwerbsminderung                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Hinterbliebenenrente wegen Berufs- oder Erwerbsminderung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

\_\_\_\_\_  
Rentenversicherungsträger

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

**D. Mitaufnahme eines Pflegebedürftigen während der stationären Vorsorge-/Rehabilitationsleistung**

Pflegen Sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI und ist dessen gleichzeitige Mitaufnahme während der stationären Vorsorge-/Rehabilitationsleistung in der Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung erforderlich?

- nein  ja, Name des Pflegebedürftigen: \_\_\_\_\_

**E. Weitere Teilhabeleistungen** (nur auszufüllen, wenn unter B. 1. ambulante oder stationäre Rehabilitation ausgewählt wurde)

Sollen neben der medizinischen Rehabilitationsleistung weitere Teilhabeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch IX beantragt werden? (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, soziale Teilhabeleistungen).

- nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**F. Unterschrift**

Ich verpflichte mich, Veränderungen in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen (z. B. Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Renten-, Kranken-, Arbeitslosen-, Pflege- oder Unfallversicherung, nach dem Sozialgesetzbuch und dem Bundesversorgungsgesetz) der Krankenkasse sofort mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

**G. Einwilligung**

Für den Fall, dass mein Antrag bewilligt wird, bin ich damit einverstanden, dass meine für die Leistungsdurchführung in einer Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung erforderlichen Daten (u. a. ärztliche Verordnung) einmalig an diese weitergeleitet werden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit für diesen Leistungsfall gegenüber der LKK widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung bis zum Widerruf bleibt davon unberührt. Mir ist bekannt, dass ich ein Recht auf Löschung habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers / des Vertreters

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 [www.svlfg.de](http://www.svlfg.de) unter der Rubrik Datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.