



Aktenzeichen:

### Antrag auf stationäre Kinderrehabilitation

Hinweis: Um über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (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).

Die medizinische Notwendigkeit der beantragten Leistung zur Rehabilitation ist durch den behandelnden Arzt (oder nach stattgefundener Krankenhausbehandlung vom Krankenhausarzt) zu bestätigen. Legen Sie ihm bitte das anliegende Befundformular vor!

#### A. Angaben zur Person

##### 1. Antragsteller (Versicherter oder Rentenbezieher)

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

##### 2. Kind

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
---------------------------------------	--------------

Bei welcher Krankenkasse ist das Kind versichert (z. B. LKK, AOK, BKK, DAK)?

Name der Krankenkasse

Anschrift der Krankenkasse

Art der Versicherung:

pflicht-     freiwillig     als Rentner     familien-     privat versichert

#### B. Angaben für die Feststellung der Leistung

##### 1. Kindschaftsverhältnis zum Antragsteller

- eheliches Kind     für ehelich erklärtes Kind     als Kind angenommenes Kind  
 nicht eheliches Kind  
(bei Kindern männlicher Versicherter oder Rentenbezieher nur, wenn die Vaterschaft oder die Unterhaltspflicht festgestellt ist)  
 Stief- oder Pflegekind, wenn es in den Haushalt aufgenommen ist  
 Enkel oder Geschwister von Versicherten oder Rentenbeziehern (in deren Haushalt aufgenommen oder von ihnen überwiegend unterhalten)



Aktenzeichen:

2. Befindet sich das Kind in Schul- oder Berufsausbildung?  
 nein  ja, Ende der Ausbildung \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr

3. Welche Krankheiten liegen bei dem Kind vor?

4. Worauf beruht die Notwendigkeit der jetzt beantragten stationären Kinderrehabilitation?  
 Krankheit/Behinderung  Berufskrankheit  Verkehrsunfall  
 privater Unfall  Arbeitsunfall  
 Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts (z. B. anerkanntes Versorgungsleiden)

5. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, allergenarm, hausstaubmilbenfrei, Barrierefreiheit).

6. Wird von dem Kind oder der/dem Versicherten eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?  
 nein  
 ja, \_\_\_\_\_  
Name des/der Anspruchsberechtigten

**C. Weitere Teilhabeleistungen**

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 \_\_\_\_\_

**D. Zahlungsempfänger bei Überweisungen**

Auf welches Konto sollen eventuelle Kostenerstattungen überwiesen werden?

auf eines der bei der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) bekannten Konten

auf das nachstehende Konto:

\_\_\_\_\_  
Name und Sitz der Bank

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber (nur erforderlich, falls nicht identisch mit oben genannter Person)

\_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
BIC

**E. Erklärung und Unterschrift des Antragstellers**

Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben unter Umständen eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen können. Eintretende Änderungen gegenüber den im Antrag gemachten Angaben werde ich unverzüglich, gegebenenfalls auch vor Erteilung eines Bescheides, mitteilen.

Ferner nehme ich hiermit zur Kenntnis, dass

- der Antrag nur bearbeitet werden kann, wenn die Fragen vollständig beantwortet sind,
- sich die Pflicht, beim Ausfüllen des Antragsvordrucks mitzuwirken, Beweismittel anzugeben und vorzulegen sowie der Erteilung erforderlicher Auskünfte durch Dritte zuzustimmen, aus § 60 SGB I ergibt,
- hinsichtlich der Leistungsgewährung einzelne Angaben im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflicht an andere Sozialversicherungsträger weitergegeben werden können.



Aktenzeichen:

Ich nehme zur Kenntnis, dass Daten, die die Alterskasse im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von mir beantragten Leistung erhalten hat, an einen anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) oder für eigene Aufgaben an einen sonstigen Dritten (beispielsweise einen anderen Gutachter) weitergegeben werden dürfen, falls dies erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 i. V. m. § 69 SGB X. Ich kann einer solchen Weitergabe aber jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass mir eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn ich zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden bin (§ 66 SGB I).

Soweit es für die Prüfung und Bearbeitung meines Antrages erforderlich ist, entbinde ich die Ärzte, die ich im Antrag angegeben habe und denen das Kind vorgestellt wurde, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Alterskasse. 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 sowie den kompletten ärztlichen Entlassungsbericht der Rehabilitationseinrichtung, in der im Bewilligungsfall die Rehabilitationsleistung erbracht wird, bezieht und auswertet.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich der Alterskasse umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass in den Fällen der Rückgriffverfahren nach §§ 110, 111 SGB VII, § 116 oder § 119 SGB X die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an die Alterskasse und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

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 Alterskasse sofort mitzuteilen.

Hinweis: Eine Kinderrehabilitation kann auch bei einer bereits vorliegenden Einladung durch die Rehabilitationseinrichtung nicht begonnen werden, wenn das Kind Zeichen einer ansteckenden Krankheit aufweist oder aus einer Umgebung mit ansteckenden Krankheiten kommt.

Sofern die Kinderrehabilitation für einen Jugendlichen über 15 Jahren beantragt wird, der sich noch in Schul- oder Berufsausbildung befindet, ist eine entsprechende Bescheinigung z. B. der Schule, der Ausbildungsstätte mit einzureichen.

\_\_\_\_\_  
Datum

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

Als Anlage zum Antrag sind beigefügt

**F. Einwilligung**

Für den Fall, dass der Antrag bewilligt wird, bin ich damit einverstanden, dass die für die Leistungsdurchführung in einer Rehabilitationseinrichtung erforderlichen Daten (u. a. ärztliche Verordnung) einmalig an diese weitergeleitet werden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit für diesen Leistungsfall gegenüber der LAK 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/datenschutz](http://www.svlfg.de/datenschutz) bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.