



Aktenzeichen:

Sachverhaltsbogen zum 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

☐ (ambulant) 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)



Aktenzeichen:

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 | ☐ nein | ☐ ja, vom _____ bis _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr |
| Alterskasse | ☐ nein | ☐ ja, vom _____ bis _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr |
| Deutsche Rentenversicherung | ☐ nein | ☐ ja, vom _____ bis _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr |
| Versorgungsamt | ☐ nein | ☐ ja, vom _____ bis _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr |
| Unfallversicherung | ☐ nein | ☐ ja, vom _____ bis _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr |
| Sonstige | ☐ nein | ☐ 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 Verfolgteneiden, als Impfschaden oder als Folge einer Gewalttat anerkannt?

☐ nein ☐ ja, und zwar _____
von welcher Stelle? 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
☐ Altersrente	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
☐ Rente wegen Berufsunfähigkeit	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
☐ Rente wegen Erwerbsminderung	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
☐ Erhöhte Hinterbliebenenrente wegen Berufs- oder Erwerbsminderung	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

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

Pflegen Sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI und ist dessen Versorgung während Ihrer Maßnahme ungeklärt?

☐ nein ☐ ja
☐ Beratung erwünscht, weil dessen Versorgung während Ihrer Maßnahme ungeklärt ist?

Name des Pflegebedürftigen

Pflegegrad

☐ keine Beratung erforderlich (Versorgung wird selbst organisiert)



Aktenzeichen: _____

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

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.