

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



Anlage zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung

R0210

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch 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 bis 65 Erstes Buch 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).

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de zur Verfügung.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente: Angaben zur Person der / des Hinterbliebenen

| | | | |
|---|---------|---|-----------------------------------|
| Name | | Vorname (Rufname) | |
| Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) | | Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) | Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.) |
| Geburtsname | | | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer | | | telefonisch tagsüber zu erreichen |
| Adresszusatz | | | Telefax (Angabe freiwillig) |
| Postleitzahl | Wohnort | | |

2 Antragstellung durch andere Personen

**Vollmacht oder Beschluss des
Gerichts bitte beifügen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

| | | | |
|--|------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen) | | | |
| in der Eigenschaft als | | | |
| <input type="checkbox"/> | gesetzlicher Vertreter | <input type="checkbox"/> | Vormund |
| <input type="checkbox"/> | Betreuer | <input type="checkbox"/> | Bevollmächtigter |
| Straße, Hausnummer | | | telefonisch tagsüber zu erreichen |
| Adresszusatz | | | Telefax (Angabe freiwillig) |
| Postleitzahl | Wohnort | | |



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3 Angaben zum letzten Arbeitsverhältnis

3.1 Wer ist / war Ihr letzter Arbeitgeber (auch bei geringfügiger Beschäftigung)?

Name, Anschrift

3.2 Wie ist / war Ihre tägliche Arbeitszeit?

Tage pro Woche, Stunden täglich

3.3 Besteht das Arbeitsverhältnis beim Arbeitgeber (zumindest formal) noch?

nein ja

4 Berufsausbildung der rentenberechtigten Person

Beweismittel bitte beifügen

4.1 Wurde eine Berufsausbildung absolviert (zum Beispiel Ausbildungsberuf, Fachschulstudium, Fachhochschulstudium, Hochschulstudium)?

vom - bis

nein ja

erlernter Beruf

Prüfung bestanden nein ja

vom - bis

erlernter Beruf

Prüfung bestanden nein ja

4.2 Wurde eine **Umschulung** durchgeführt?

vom - bis

nein ja

Umschulungsberuf

Kostenträger

Aktenzeichen

erfolgreich beendet nein ja

4.3 Wurden weitere **Qualifikationen** absolviert (zum Beispiel Refaprüfung, Meisterprüfung, Polierprüfung)?

vom - bis

nein ja

Art der Ausbildung

erfolgreich beendet nein ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

6 Selbständige Erwerbstätigkeit

6.1 Üben Sie noch eine selbständige Erwerbstätigkeit aus?

Datum und Grund der Aufgabe (zum Beispiel Löschung in der Handwerksrolle, Abmeldung beim Gewerbeamt - bitte nachweisen)

nein

ja im eigenen gewerblichen Betrieb beziehungsweise im Betrieb eines Familienangehörigen

im eigenen landwirtschaftlichen Betrieb beziehungsweise im landwirtschaftlichen Betrieb eines Familienangehörigen

im sonstigen freien Beruf

Art und Umfang der Tätigkeit

gegebenenfalls Verwandtschaftsverhältnis

Größe des landwirtschaftlichen Betriebes in Hektar

6.2 Sind Sie Eigentümer oder Gesellschafter eines Unternehmens (Betrieb, Geschäft oder Ähnliches) oder sonst freiberuflich tätig?

nein ja

7 Angaben von Arbeitsuchenden

7.1 Sind Sie bei der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter gemeldet?

seit

nein ja

bei

Kundennummer / Aktenzeichen

das Arbeitsgesuch / Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten:

8 Begründung des Rentenanspruchs

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

seit

wegen

Hinweis: Damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen machen können, haben Sie die Möglichkeit, Ihre persönliche Einschätzung in dem **Vordruck R0215** einzubringen.



| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
|---------------------|---------------------------------|

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

| |
|--|
| 8.2 Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten? Art _____ Umfang - wie viele Stunden täglich _____ |
| 8.3 Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank? seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Name und Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle _____ |
| 8.4 Sind Sie schwerbehindert? <input type="checkbox"/> nein, sofern vorhanden, bitte Ablehnungsbescheid beifügen <input type="checkbox"/> ja, bitte Anerkennungsbescheid beifügen und weiter bei Ziffer 8.5 |
| 8.4.1 Sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt oder wurde Ihnen als Arbeitsuchender die Gleichstellung zugesichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Gleichstellungsbescheid / Zusicherungsbescheid der Agentur für Arbeit beifügen _____ |
| 8.5 Sind die Gesundheitsstörungen verursacht worden durch Unfall, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung, Gewahrsam im Sinne des Gesetzes über Hilfsmaßnahmen für Personen, die aus politischen Gründen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in Gewahrsam genommen wurden - Häftlingshilfegesetz? durch <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ anerkannt von welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____ |

9 Ärztliche Behandlung **Ärztliche Unterlagen soweit vorhanden bitte beifügen**
(gegebenenfalls Ergänzungsblatt R0211 verwenden)

| | |
|--|-----------------------|
| 9.1 Bei wem waren Sie in der letzten Zeit in ambulanter ärztlicher Behandlung? | |
| Hausarzt (Name, Vorname, Fachrichtung) _____ | |
| genaue Anschrift _____ | |
| Telefonnummer _____ | |
| Behandlung wegen _____ | |
| in Behandlung seit _____ | wann zuletzt _____ |



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

noch Ziffer **9.1**

| | |
|---|-----------------------------|
| Arzt (Name, Vorname, Fachrichtung) | |
| genaue Anschrift | |
| Telefonnummer | |
| Behandlung wegen | |
| in Behandlung seit | wann zuletzt |
| Arzt (Name, Vorname, Fachrichtung) | |
| genaue Anschrift | |
| Telefonnummer | |
| Behandlung wegen | |
| in Behandlung seit | wann zuletzt |
| 9.2 Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Name des Krankenhauses | |
| genaue Anschrift | |
| Abteilung, Station | |
| Behandlung wegen | |
| vom - bis | |

10 Ärztliche Untersuchungen

Ärztliche Unterlagen soweit vorhanden bitte beifügen

| | |
|--|-----------------------------|
| Wurden ärztliche Untersuchungen in den letzten Jahren durchgeführt? | |
| 10.1 vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen im Auftrag der Krankenkasse oder Pflegekasse | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Name der Krankenkasse oder der Pflegekasse | |
| Aktenzeichen | |
| am | |



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

10.2 im Auftrag der Agentur für Arbeit

Name der Agentur für Arbeit

nein ja

Kundennummer

am

10.3 im Auftrag der Berufsgenossenschaft

Name der Berufsgenossenschaft

nein ja

Aktenzeichen

am

10.4 im Auftrag des Arbeitgebers vom Personalarzt oder Betriebsarzt

Name des Arbeitgebers

nein ja

Anschrift

Personalnummer

am

10.5 im Auftrag einer sonstigen Stelle (zum Beispiel Kommune, Arbeitsgemeinschaft, Jobcenter, Gesundheitsamt, Blindengeldstelle, Privatversicherung)

Name der sonstigen Stelle

nein ja

Aktenzeichen

am

10.6 zur Feststellung einer Schwerbehinderung

von welcher Stelle

nein ja

Aktenzeichen

am



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

11 Leistungen zur Teilhabe

11.1 Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht worden (zum Beispiel Kur, Umschulung)?

Ort

nein ja

Kostenträger

Aktenzeichen

vom - bis

11.2 Sind zurzeit solche Leistungen beantragt?

bei welcher Stelle

nein ja

Aktenzeichen

beantragt am

11.3 Wurde früher ein Antrag auf solche Leistungen abgelehnt?

von welcher Stelle

nein ja

Aktenzeichen

abgelehnt am

12 Sonstige Angaben

12.1 Wurde anlässlich eines früheren Rentenanspruchs eine ärztliche Untersuchung durchgeführt?

Versicherungsträger

nein ja

Aktenzeichen

Zeitpunkt der Untersuchung

12.2 Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen gehindert, zur ärztlichen Untersuchung zu kommen?

Grund

nein ja

12.3 Ist eine Verständigung in deutscher Sprache möglich?

nein ja

12.3.1 Wird ein Dolmetscher benötigt?

Sprache

nein ja



| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



Erklärung für den Rentenversicherungsträger

Erklärung und Information zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung

1 Versicherung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich die gesundheitliche Beeinträchtigung meiner Erwerbsfähigkeit weder absichtlich herbeigeführt noch mir bei einer Handlung zugezogen habe, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist.

2 Information der Antragstellerin / des Antragstellers

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir **medizinische Daten**, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer Einwilligung erhalten, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter oder Berufsgenossenschaften) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben **weitergeben dürfen**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (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 SGB I).

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder der privaten Krankenkassen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bitte weiter bei Ziffer 3.



| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

3.1 Einwilligungserklärung der / des Rentenberechtigten

Ich willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden dürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen 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 - beispielsweise 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 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Für den Fall, dass meine gesundheitlichen Einschränkungen auf einem schädigenden Ereignis beruhen, an dem ein Dritter beteiligt war, und vom Rentenversicherungsträger zu prüfen ist, ob die in diesem Zusammenhang entstandenen beziehungsweise entstehenden Kosten vom Schadensverursacher zu erstatten sind (Einleitung eines Regressverfahrens), **willige ich ein**, dass die Deutsche Rentenversicherung die im laufenden Verfahren anfallenden ärztlichen Gutachten / Befundberichte, Krankheitsberichte (Krankengeschichte) und Röntgenaufnahmen, die von der Rentenversicherung erstellten Entlassungsberichte sowie die von mir beigefügten beziehungsweise bereits vorliegenden ärztlichen Unterlagen, soweit es für die Durchsetzung von Schadensersatzforderungen erforderlich ist, dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel dem Schädiger oder seiner Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlässt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen (§§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch, §§ 116, 119 SGB X).

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

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. Kann ich dem Rentenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antrag wegen fehlender Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch nach § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person bitte weiter bei Ziffer 3.2.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Rentenberechtigten



| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3.2 Einwilligungserklärung der Betreuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

Bei nachgewiesener fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person ist für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers erforderlich.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung als Nachweis der fehlenden Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

ist beigelegt.

wird nachgereicht.



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



Deutsche
Rentenversicherung

Erklärung für die Antragstellerin / den Antragsteller

Erklärung und Information zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung

1 Versicherung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich die gesundheitliche Beeinträchtigung meiner Erwerbsfähigkeit weder absichtlich herbeigeführt noch mir bei einer Handlung zugezogen habe, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist.

2 Information der Antragstellerin / des Antragstellers

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir **medizinische Daten**, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer Einwilligung erhalten, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter oder Berufsgenossenschaften) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben **weitergeben dürfen**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (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 SGB I).

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder der privaten Krankenkassen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bitte weiter bei Ziffer 3.



| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

3.1 Einwilligungserklärung der / des Rentenberechtigten

Ich willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden dürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen 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 - beispielsweise 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 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Für den Fall, dass meine gesundheitlichen Einschränkungen auf einem schädigenden Ereignis beruhen, an dem ein Dritter beteiligt war, und vom Rentenversicherungsträger zu prüfen ist, ob die in diesem Zusammenhang entstandenen beziehungsweise entstehenden Kosten vom Schadensverursacher zu erstatten sind (Einleitung eines Regressverfahrens), **willige ich ein**, dass die Deutsche Rentenversicherung die im laufenden Verfahren anfallenden ärztlichen Gutachten / Befundberichte, Krankheitsberichte (Krankengeschichte) und Röntgenaufnahmen, die von der Rentenversicherung erstellten Entlassungsberichte sowie die von mir beigefügten beziehungsweise bereits vorliegenden ärztlichen Unterlagen, soweit es für die Durchsetzung von Schadensersatzforderungen erforderlich ist, dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel dem Schädiger oder seiner Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlässt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen (§§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch, §§ 116, 119 SGB X).

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

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. Kann ich dem Rentenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antrag wegen fehlender Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch nach § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person bitte weiter bei Ziffer 3.2.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Rentenberechtigten



| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3.2 Einwilligungserklärung der Betreuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

Bei nachgewiesener fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person ist für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers erforderlich.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung als Nachweis der fehlenden Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

ist beigelegt.

wird nachgereicht.



| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
|---------------------|---------------------------------|

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Wortlaut der Gesetzestexte

§ 66 SGB I

Folgen fehlender Mitwirkung

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 69 SGB X (Auszug)

Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben

(1) Eine Übermittlung von Sozialdaten ist zulässig, soweit sie erforderlich ist

1. für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben worden sind oder für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe der übermittelnden Stelle nach diesem Gesetzbuch oder einer solchen Aufgabe des Dritten, an den die Daten übermittelt werden, wenn er eine in § 35 des Ersten Buches genannte Stelle ist,
2. für die Durchführung eines mit der Erfüllung einer Aufgabe nach Nummer 1 zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens einschließlich eines Strafverfahrens...

§ 76 SGB X (Auszug)

Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten

(1) Die Übermittlung von Sozialdaten, die einer in § 35 des Ersten Buches genannten Stelle von einem Arzt oder einer Ärztin oder einer anderen in § 203 Absätze 1 und 3 des Strafgesetzbuches genannten Person zugänglich gemacht worden sind, ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre.

(2) Absatz 1 gilt nicht

1. im Rahmen des § 69 Absatz 1 Nummern 1 und 2 für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass die betroffene Person der Übermittlung widerspricht; die betroffene Person ist von dem Verantwortlichen zu Beginn des Verwaltungsverfahrens in allgemeiner Form schriftlich oder elektronisch auf das Widerspruchsrecht hinzuweisen,
 - 1a. im Rahmen der Geltendmachung und Durchsetzung sowie Abwehr eines Erstattungs- oder Ersatzanspruchs,
 2. im Rahmen des § 69 Absatz 4 und 5 und des § 71 Absatz 1 Satz 3, ...

Artikel 7 Absatz 3 Datenschutz-Grundverordnung (Auszug)

Bedingungen für die Einwilligung

(3) Die betroffene Person hat das Recht, ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. ...

