Deutsche Rentenversicherung
Baden-Württemberg

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	Eingangsstempel des Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Kinderrehabilitation

1. Angaben zum Vater oder zur Mutter (Person, aus deren Versicherung die Kinderrehabilitation beantragt wird)

Name, Vorname Vater oder Mutter	Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich
Straße, Hausnummer		Vorwahl/Telefonnummer
Postleitzahl	Wohnort	

2. Angaben zum Kind

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich
Rentenversicherungsnummer des Kindes		

3. Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl	Ort

4. Krankenkasse

Name der Krankenkasse	☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert

5. Bankverbindung

(die Angabe ist freiwillig, zugleich für eine Überweisung unverzichtbar)

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin/Kontoinhaber	

REHA0005. 07/15

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

6. Gesundheitsstörungen des Kindes

Sind bei dem Kind Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- Folge eines Unfalls in der Kindertagesstätte oder Schule?
- Impfschaden?

☐ nein ☐ ja, von welcher Stelle? _____

Wurden dort Leistungen beantragt?

☐ nein ☐ ja, Aktenzeichen _____

Ist die zum Rehabilitationsantrag führende Gesundheitsstörung des Kindes ganz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch eine andere Person verursacht worden?

☐ nein ☐ ja (Bitte Formular R0870 ausfüllen)

Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (z.B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)

☐ nein ☐ ja am _____

bei welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____

7. Angaben, wenn das Kind mindestens 18 Jahre alt ist

Das Kind

☐ befindet sich in Schulausbildung oder Studium (Bitte Schulbescheinigung oder Studienbescheinigung beifügen)

☐ befindet sich in Berufsausbildung (Bitte Kopie des Ausbildungsvertrages beifügen)

☐ leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder einen Bundesfreiwilligendienst (Bitte Bescheinigung des Trägers beifügen)

☐ ist wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande, sich selbst zu unterhalten (Bitte Nachweis über die Behinderung beifügen)

☐ Sonstiges:

8. Antragstellung durch eine andere Person

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname/Dienststelle		
in der Eigenschaft als ☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter		
Postleitzahl	Wohnort, Straße, Hausnummer	Vorwahl/Telefonnummer

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

9. Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Ist das Kind auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers bzw. anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen, oder nutzt das Kind behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Assistenzhund)?

☐ nein ☐ ja, das Kind ist angewiesen auf _____

10. Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (z. B. blinde und sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

☐ als Großdruck

☐ in Braille (Kurzschrift)

☐ in Braille (Vollschrift)

☐ als CD (Schriftdatei oder Textdatei im „doc.“-Format)

☐ als Hörmedium (Kassette)

☐ als Hörmedium (CD-DAISY Format)

11. Unterschrift

_____ Ort/Datum

_____ Unterschrift Mutter oder Vater/Betreuer

12. Erklärung und Information

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, der für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt, erhalten darf. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein,** dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen 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.

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.
Ich verpflichte mich, Änderungen zu den Angaben in diesem Antrag dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

_____ Ort/Datum

_____ Unterschrift Mutter oder Vater/Betreuer