Versich	erun	gsn	umn	ner				
			l	l	ı			



Eingangsstempel der Antrag aufnehmenden Stelle Eingangsstempel der Arbeitsgemeinschaft

## Antrag auf Leistungen zur onkologischen Rehabilitation - Rehabilitationsantrag

**CA0100** 

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und Neunten 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 §§ 60-65 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). Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter schriftlich aufgefordert, diesen Antrag zu stellen? ja, die Krankenkasse ja, die Agentur für Arbeit ja, das Jobcenter nein Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen! 1 **Beantragte Leistung** Leistungen zur onkologischen Rehabilitation für Versicherte **Anlagen (Formulare CA5** sowie CA0160 und - wenn stationär ganztägig ambulant Sie Arbeitnehmer sind -CA0161) bitte beifügen! Anlage (Formular CA0255) Leistungen zur onkologischen Rehabilitation für Angehörige bitte beifügen! stationär ganztägig ambulant

Version	Versicherungsnummer												

2 Angaben zur Person

2 Aligabeli 2	ui i cio	•																					
Name																			1				
								1				1				1							
Vorname (Rufname)																							
								1					 			1	1						
Namenszusatz (Beisp	iel: Freifra	u, Graf)																					
					1 1																		
Vorsatzworte zum Na	men (Beis	oiel: von	, van, c	de)						1													
	1 1	1 1	1 1	1	1 1	1	1	ı	l I														
Titel (Beispiel: Prof. D	r. med.)																						
	1 1	1 1	1 1	1	1 1	1	1	ı	l I														
Geburtsname																			1				
	1 1	1 1		1	1 1	1		i	1 1	1		1				ı		1					
Namenszusatz zum G	Seburtsnan	nen (Be	ispiel: [			f)																	
l																							
Vorsatzworte zum Ge	 burtsname	n (Beis	piel: voi	n, van	, de)																		
frühere Namen																							
Staatsangehörigkeit													 										
Geburtsdatum (Tag, N	∕lonat, Jah	r)																					
Geburtsdatum (Tag, N	∕lonat, Jah	r) 											7						7				
	∕lonat, Jah		eschle	echt		mä	ınnli	ch		we	iblic	:h	] <sub>c</sub>	hne	e Ei	ntra	ıg			dive	ers		
Geburtsdatum (Tag, M	∕lonat, Jah		eschle	echt		mä	ınnli	ch		we	iblic	h	] c	hne	e Ei	ntra	ng			dive	ers		1
Geburtsort	Monat, Jah		eschle	echt		mä	ınnli	ch		we	iblic	h	] c	hne	e Ei	ntra	ng 			dive	ers		
	Monat, Jah		eschle	echt		mä	ınnli	ch 		we	iblic	h	] c	hne	e Ei	ntra	ng 			dive	ers		
Geburtsort	Monat, Jah		eschle	echt		mä	ınnli	ch		we	iblic	h	] c	ohne	e Ei	ntra	ng 			dive	ers		
Geburtsort	Monat, Jah		eschle	echt		mä	ınnli	ch		we	iblic	h	] c	hne	e Ei	ntra	ag 			dive	ers		
Geburtsort	Monat, Jah	G	eschle	I	em ar					we	iblic	.h	] c	hne	e Ei	ntra	ag 			dive	Prs	1	
Geburtsort  Geburtsland		G	eschle	I						we	iblic	:h	] c	bhne	e Ei	ntra	ag L			dive	ers		
Geburtsort  Geburtsland  Wohnort in		G	eschle	I						we	iblic	.h	] o	hne	e Ei	ntra	ag			dive	ers		
Geburtsort  Geburtsland  Wohnort in	Deutsc	G	eschle	I						we	iblic	:h	] c	bhne	e Ei	ntra	ag			dive	ers		
Geburtsort  Geburtsland  Wohnort in Land	Deutsc	G	eschle	I						we	iblic	h 	] a	bhne	e Ei	ntra	ag			dive	PERS		
Geburtsort  Geburtsland  Wohnort in Land  Straße, Hausnummer	Deutsc	G	eschle	I						we	iblic	h	] a	bhne	e Ei	ntra	ag			dive	ers		
Geburtsort  Geburtsland  Wohnort in Land	Deutsc	G	eschle	I						we	iblic	.h	] c	hne	e Ei	ntra	ag			dive	ers .		
Geburtsort  Geburtsland  Wohnort in  Land  Straße, Hausnummer	Deutsc	G	eschle	I						we	iblic	.h	] c	hne	e Ei	ntra	ag			dive	Prs		
Geburtsort  Geburtsland  Wohnort in Land  Straße, Hausnummer	Deutsc	G	eschle	I						we	iblic	.h	] a	bhne	e Ei	ntra	ag			dive	Pers		
Geburtsort  Geburtsland  Wohnort in  Land  Straße, Hausnummer  noch Straße, Hausnum  Adresszusatz	Deutsc	G	eschle	I						we	iblic	.h		hne	e Ei	ntra	ag			dive	L L		
Geburtsort  Geburtsland  Wohnort in  Land  Straße, Hausnummer	Deutsc	Ge	eschle	I						we	iblic	.h		bhne	e Ei	ntra	ag			dive	L		
Geburtsort  Geburtsland  Wohnort in  Land  Straße, Hausnummer  noch Straße, Hausnum  Adresszusatz  Postleitzahl, Wohnort	Deutsc	Ge	eschle	I						we	iblic	.h		hne	e Ei	ntra	ag			dive	ers		
Geburtsort  Geburtsland  Wohnort in  Land  Straße, Hausnummer  noch Straße, Hausnum  Adresszusatz	Deutsc	Ge	eschle	I						we	iblic	:h		hne	e Ei	ntra	ag			dive	ers		

Versiche	rungsnummer				
noch Zit	ffer <b>2</b>				
telefonisc	ch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	)		1	
		1 1			
Telefax (/	Angabe freiwillig)				
		1 1			
3 A	ngaben zum Familienstand und	d Beru	f		
	amilienstand (gilt auch für eingetr spartnerschaftsgesetzes)	agene	Lebenspartnerschaften im Sini	ne des	
0	ledig 1 verheirate	et	<b>2</b> geschieden	[];	yerwitwet
<b>3.2</b> Z	uletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit	/ zulet	zt ausgeübter Beruf (möglichs	genaue	Bezeichnung)
		1 1			
	<b>Derzeitige Stellung im Beruf / Er</b> Jeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit g			ellung dav	vor an)
	Г				
0	nicht erwerbstätig	1	Auszubildender	2	ungelernter Arbeiter
	(zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner)		(Anlernling, Praktikant, Volontär, Student)		(nicht als Facharbeiter tätig)
	riadsmaini, rentitor)		voioniai, otadenty		talig)
3	angelernter Arbeiter in	4	Facharbeiter	5	Meister, Polier
	anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)				
	(High als Facilal belief (alig)				
6	Angestellter	7	Beamter / DO-Angestellter,	8	Selbständiger
			Versorgungsempfänger im		
			Sinne des Beamtenrechts		
5 A	rbeit vor Antragstellung oder v	or aktı	ueller Arbeitsunfähigkeit		
0	nicht erwerbstätig (nicht	1	Ganztagsarbeit ohne	2	Ganztagsarbeit <b>mit</b>
	ankreuzen, wenn 6 oder 7		Wechselschicht / Akkord /		Wechselschicht / Akkord
	zutrifft)		Nachtschicht		
3	Ganztagsarbeit <b>mit</b>	4	Teilzeitarbeit, <b>weniger</b> als	5	Teilzeitarbeit, <b>mindestens</b>
	Nachtschicht		die Hälfte der üblichen		die Hälfte der üblichen
			Arbeitszeit		Arbeitszeit
6	ausschließlich Tätigkeit als	7	arbeitslos gemeldet	8	Heimarbeit
	ausschließlich Tätigkeit als L Hausfrau / Hausmann		arbeitalos demeiner		I ICIIIIAI DEIL
9	Poophöffigung in oiner Marketet	fiin h s	hindorto Monachan		
لئب	Beschäftigung in einer Werkstatt	. iur be	ningerte ivienschen		

				_															
6 Krankenka	sse																		
Name																			
Straße, Hausnummer																 	 1		1
noch Straße, Hausnum	ımer												1			 			1
Postleitzahl, Ort																 	 1		
noch Postleitzahl, Ort																			<u> </u>
telefonisch tagsüber zu	ı erreichen												1						
			ı									ı							
Gesetzliche ł	Krankenk	asse			Priv	ate k	Krank	enve	rsich	erun	9								
7 Behandeln	de Ärztin	/ beh	ande	Inder	· Arz	t													
Name																1			
Name and a (D) for a real)													1						
Vorname (Rufname)																			
Namenszusatz (Beispi	el: Freifrau,	Graf)												Ш	1				
	1 1 1								1										
Vorsatzworte zum Nam	nen (Beispie	l: von, v	an, de)												'				
		l: von, v	an, de)	1											,				
		l: von, v	an, de)	)   															
Titel (Beispiel: Prof. Dr		l: von, v	an, de)	   															
Titel (Beispiel: Prof. Dr	r. med.)	I: von, v	an, de)									1		1 1				ı	
Titel (Beispiel: Prof. Dr  Straße, Hausnummer  noch Straße, Hausnum	r. med.)	I: von, v	an, de	) 								ı	1					1	
Titel (Beispiel: Prof. Dr  Straße, Hausnummer  noch Straße, Hausnum  Adresszusatz	r. med.)	l: von, v	an, de															1	
Titel (Beispiel: Prof. Dr  Straße, Hausnummer  noch Straße, Hausnum  Adresszusatz  Postleitzahl, Ort	r. med.)	i: von, v	an, de)										<u> </u>						
Adresszusatz  Postleitzahl, Ort	med.)	l: von, v	an, de)															1	

Versicherungsnummer

8 Beiträge zur Sozialversicherung
8.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?
nein ia
8.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?
Staat
nein ja Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr vom bis
8.3 Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?
nein ja
9 Bezug von Arbeitslosengeld II
Beziehen oder bezogen Sie im laufenden Kalenderjahr Arbeitslosengeld II?
nein ig, bitte entsprechende Nachweise beifügen!
10 Sonstige Angaben
10.1 Wird 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
10.2 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung
Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?
Name des Rentenversicherungsträgers
nein ia
10.3 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente
l ·
Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Knappschaftsausgleichsleistung)?  Art der Leistung

|Versicherungsnummer

Versicherungsnummer										
<ul><li>Folge eines Arbeitsul</li><li>Berufskrankheit,</li><li>Folge einer Wehrdiel</li><li>Folge einer gesundh</li></ul>	esundheitsstörungen anerkannt worden als nfalls oder Wegeunfalls, nstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung, eitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist, t im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,									
•	Von welcher Stelle?									
nein ja	Aktenzeichen									
	Welche Gesundheitsstörungen?									
Haben Sie aktuell eine	en entsprechenden Antrag gestellt?									
riabori olo altaoli oli le	Bei welcher Stelle?									
nein ja										
10.5 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch andere Personen verursacht worden?										
nein ia										
Sind <b>Schadensersatz</b> Versicherungsgesellsd	cansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten chaften)?  Tag Monat Jahr									

**10.6** Haben Sie **in den letzten 4 Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

Jahr

Jahr

Tag

bis

Monat

nein

am

Bei welcher Stelle?

Von welcher Stelle zuletzt?

Tag

Monat

Aktenzeichen

Aktenzeichen

vom

10.7 Haben Sie unmittelbar vor diesem Rehabilitationsantrag bereits bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Mutter-Kind-Leistungen / Vater-Kind-Leistungen (Vorsorge oder Rehabilitation) gestellt beziehungsweise sind solche Leistungen zuvor verordnet worden? (Vorhandene Unterlagen bitte beifügen!)  Tag Monat Jahr  nein ja, am
Name der Krankenkasse
Aktenzeichen
11 Antragstellung durch andere Personen
Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?
nein, weiter bei Ziffer 12
ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von (Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen)
Name / Dienststelle
Vorname (Rufname)
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)
Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
gegebenenfalls Aktenzeichen
Wohnort in Deutschland einem anderen Land
Straße, Hausnummer
noch Straße, Hausnummer
Adresszusatz
Postleitzahl, Wohnort
noch Postleitzahl, Wohnort

Versicherungsnummer

Versicherungsnummer
noch Ziffer 11
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Telefax (Angabe freiwillig)
Der Antrag wird gestellt in der Eigenschaft als
gesetzlicher Vertreter
12 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel
Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel
(zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)?
nein i ja
Falls ja, ich bin angewiesen auf:
13 Dokumentenzugang
13.1 Per De-Mail Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein De-Mail-Postfach eröffnet.
Lich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach.  Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.  Meine De-Mail-Adresse lautet:
De-Mail
<b>13.2 Für sehbehinderte Menschen</b> Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf,
Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.
Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in <b>einer</b> 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 (CD-DAISY Format)

Versicherungsnummer
14 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)
Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.argekrebsnw.de/Datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.
14.1 Einwilligungserklärung Ich willige ein, dass der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Einrichtungen, Sozialleistungsträgern und dem Medizinischen Dienst der Krankenkasse, 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, Einrichtungen und Sozialleistungsträgern hierzu erhalten haben.
Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich der Arbeitsgemeinschaft umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Gelegenheit nichts Gegenteiliges erkläre, <b>willige ich ein</b> , dass die Arbeitsgemeinschaft auch Auskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.
<b>Ich willige ein</b> , 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 schädigendem 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 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch -SGB X).
Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
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 der Arbeitsgemeinschaft keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antrag wegen mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch gemäß § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.
Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:
- der Antragstellerin / des Antragstellers
oder
- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten

Unterschrift

wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

ist beigefügt

Ort, Datum

Versicherungsnummer	
14.2 Information Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits von	orliegen oder die wir mit Ihrer
obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel K	
Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) oder an Gerichte (zum Beispiel S	Sozialgericht) für deren
gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben v dürfen andere Sozialleistungsträger und der Medizinische Dienst der Krankenversich	<u> </u>
Daten, die dort bereits vorliegen, an uns weitergeben.	10141.19 4.10 1.11 2.11.11.11
Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstigbeauftragende Gutachter oder Rehabilitationseinrichtungen) übermitteln, sofern dies Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X. Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen wide allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder er schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).	erforderlich ist. Die gesetzliche ersprechen. Das kann
Ich nehme zur Kenntnis, dass	
<ul> <li>meine Zur Kerntins, dass</li> <li>meine Krankenkasse der Arbeitsgemeinschaft sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungswaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).</li> </ul>	
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch v	vidersprechen kann.
Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenkassen.	
14.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht ha wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.	<b>be</b> . Mir ist bekannt, dass
Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen w (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherund Arbeitslosenversicherung) der Arbeitsgemeinschaft sofort mitzuteilen.	
15 Unterschrift	
O : D :	
Ort, Datum Untersch	ırift
16 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt kennzeichen der Krankenkasse und das Formular G0120 - AUD-Beleg - von der Krankange zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.	_
16.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
16.2 AUD-Beleg ist beigefügt	
nein ja	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	

Datum