Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung
der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande NRW

Eingangsstempel
der Antrag aufnehmenden Stelle

Eingangsstempel
der Arbeitsgemeinschaft

Antrag auf Leistungen zur onkologischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (Kinderrehabilitation)

CA0200

Leistungen zur Kinderrehabilitation können Kinder von Versicherten und Rentnern sowie Waisenrentenbezieher erhalten. Bitte geben Sie oben die zutreffende Versicherungsnummer an.

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

1 Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird (zum Beispiel Elternteil)

Name	Vorname (Rufname)
Geburtsname	frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort
Telefax (Angabe freiwillig)	

2 Angaben zur Person des Kindes

Angehörigenverhältnis zur Person in Ziffer 1

☐ eigenes Kind ☐ in den Haushalt aufgenommenes Stiefkind oder Pflegekind

☐ Enkel, Bruder oder Schwester, wenn in den Haushalt aufgenommen oder überwiegend unterhalten

Name, Vorname (Rufname), Geburtsname	frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)	

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

noch Ziffer **2**

Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	
Telefax (Angabe freiwillig)		Versicherungsnummer des Kindes (soweit vorhanden)

3 Begleitperson

Wird die Mitnahme einer Begleitperson beantragt?

☐ nein ☐ ja, die Mitnahme einer Begleitperson wird beantragt

☐ FOR (Familienorientierte Rehabilitation)

4 Krankenkasse des Kindes

Name		
Straße, Hausnummer		Telefon
Postleitzahl	Ort	

☐ Gesetzliche Krankenkasse ☐ Private Krankenversicherung

5 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt des Kindes

Name		Vorname
Straße, Hausnummer		Telefon
Postleitzahl	Ort	

6 Weitere Angaben zum Kind

6.1 Bezieht das Kind eine Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?

Name des Rentenversicherungsträgers | Versicherungsnummer

☐ nein ☐ ja

6.2 Übt das Kind eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet?

Name und Anschrift des Dienstherrn oder des Trägers der Versorgungslast

☐ nein ☐ ja

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

6.3 Sind bei dem Kind Gesundheitsstörungen anerkannt worden als
- Folge eines Unfalls in der Kindertagesstätte oder Schule,
- Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls,
- Berufskrankheit,
- Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,
- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist,
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgtenleiden,
- Impfschaden?

Von welcher Stelle? Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

Welche Gesundheitsstörungen?

Wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

☐ nein ☐ ja

6.4 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Gesundheitsstörung** des Kindes ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

☐ nein ☐ ja

Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

am bei welcher Stelle? Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

7 Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, 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 zuständigen Trägers beifügen!)

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

8 Weitere Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

8.1 Wurden oder werden Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

☐ nein ☐ ja

8.2 Wurden Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

Staat von - bis

☐ nein ☐ ja

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

noch Ziffer **8**

8.3 Werden aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

☐ nein ☐ ja

8.4 Wird eine Beschäftigung ausgeübt, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

☐ nein ☐ ja

9 Antragstellung durch andere Personen

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?

☐ nein, weiter bei Ziffer 10

☐ ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von
(**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen**)

Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)

In der Eigenschaft als

☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Postleitzahl	Wohnort

Telefax (Angabe freiwillig)

10 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Ist das Kind auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzt das Kind behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, das Kind ist angewiesen auf:

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

11 Dokumentenzugang

11.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

☐ Ich 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

noch De-Mail

11.2 Für sehbehinderte Menschen

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 **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 (CD-DAISY Format)

12 Erklärung und Information (nicht Zutreffendes streichen)

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

12.1 Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der Arbeitsgemeinschaft 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 - beispielweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich der Arbeitsgemeinschaft umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Gelegenheit nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass die Arbeitsgemeinschaft auch Auskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

noch Ziffer **12**

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Kinderrehabilitationen 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 Schadenersatzforderungen erforderlich ist, dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel dem Schädiger oder seiner Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlasst, 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 Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:

- des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung

oder

- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit

☐ ist beigefügt

☐ wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung / des Betreuers

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

12.2 Information
Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Ebenfalls dürfen andere Sozialleistungsträger und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die medizinischen Daten, die dort bereits vorliegen, an uns weitergeben.

Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter oder Rehabilitationseinrichtungen) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche 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 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 erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I).

12.3 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 der Arbeitsgemeinschaft sofort mitzuteilen.

13 Unterschriften

13.1

Ort, Datum

Unterschrift der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

13.2

Ort, Datum

Unterschrift des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung / des Betreuers