



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

### 3 Zusätzliche Angaben zum Rentenanspruch seit Beginn der Zeitrente

#### 3.1 Üben Sie eine Beschäftigung aus?

vom - bis / seit

nein  ja

genaue Anschrift des Arbeitgebers

Art und Umfang der Beschäftigung (Tage pro Woche, Stunden täglich)

#### 3.2 Sind Sie bei der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter als arbeitsuchend gemeldet?

seit

nein  ja

bei

Kundennummer / Aktenzeichen

#### 3.3 Sind oder waren Sie selbständig erwerbstätig?

vom - bis / seit

nein  ja

Art und Umfang der selbständigen Tätigkeit (Tage pro Woche, Stunden täglich)

#### 3.4 Haben Sie einen Hausarzt?

Name, Vorname

nein  ja

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

#### 3.5 Waren Sie seit der letzten Feststellung des Rentenanspruchs bei weiteren Ärzten in **ambulanter** Behandlung?

Name, Vorname

nein  ja

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

vom - bis



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

noch Ziffer 3.5

**Name, Vorname**

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

vom - bis

**Name, Vorname**

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

vom - bis

**Name, Vorname**

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

vom - bis

**Name, Vorname**

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

vom - bis



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**3.6** Waren Sie seit der letzten Feststellung des Rentenanspruchs in **stationärer** Krankenhausbehandlung oder ist eine solche Behandlung vorgesehen?

**Name des Krankenhauses**

nein  ja

genaue Anschrift

Abteilung, Station

Behandlung wegen

vom - bis

**Name des Krankenhauses**

genaue Anschrift

Abteilung, Station

Behandlung wegen

vom - bis

**Name des Krankenhauses**

genaue Anschrift

Abteilung, Station

Behandlung wegen

vom - bis

**Name des Krankenhauses**

genaue Anschrift

Abteilung, Station

Behandlung wegen

vom - bis



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**3.7** Haben sich die Krankheitsmerkmale geändert?

Änderung bitte angeben

nein  ja

**3.8** Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Kur) oder zur Teilhabe am Arbeitsleben (Umschulung) erbracht worden?

Ort

nein  ja

Kostenträger, Aktenzeichen

vom - bis

**3.9** Haben Sie zurzeit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Kur) oder zur Teilhabe am Arbeitsleben (Umschulung) beantragt?

bei welcher Stelle

nein  ja

Aktenzeichen

am

**3.10** Wurde eine ärztliche Untersuchung veranlasst?

von welcher Stelle

nein  ja

Aktenzeichen

am

**3.11** Wurde eine Begutachtung für die Pflegeversicherung veranlasst?

von welcher Stelle

nein  ja

Aktenzeichen

am

**3.12** Haben Sie während des Rentenbezuges die Feststellung / Verlängerung der Schwerbehinderteneigenschaft oder die Feststellung eines höheren Grades der Behinderung beantragt?

am

nein  ja

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

**Schwerbehindertenausweis, Anerkennungsbescheid oder Ablehnungsbescheid**

ist beigefügt  liegt noch nicht vor  wird nachgereicht









|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |
|                     |                                 |

## 6 Dokumentenzugang

### 6.1 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:

---

### 6.2 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 / Textdatei im ".doc"-Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

## 7 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

**Ich versichere**, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

**Ich verpflichte mich**, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenantrags bis zum Rentenbeginn

- eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen beziehungsweise nach Arbeitsunfähigkeit wieder ausgeübt wird oder
- sich eine Änderung der Höhe des Arbeitsentgelts oder des Arbeitseinkommens / steuerrechtlichen Gewinns ergibt oder
- ein kurzfristiges Erwerbseinkommen beantragt oder gezahlt wird oder
- eine Leistung nach Ziffer 4 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

## 8 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.

## 9 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).



|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |
|                     |                                 |

**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 10.

## **10 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

### **10.1 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. Wenn ich bei dieser Gelegenheit nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich 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.



|                         |                                     |
|-------------------------|-------------------------------------|
| Versicherungsnummer<br> | Kennzeichen<br>(soweit bekannt)<br> |
|-------------------------|-------------------------------------|

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 mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch nach § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.

**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 10.2.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der / des Rentenberechtigten

**10.2 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

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

ist beigelegt

wird nachgereicht

**11 Anlagen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dienststempel

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden

