

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)



**Deutsche  
Rentenversicherung**

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](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) zur Verfügung.

### 1 Angaben zur Person

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

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname			Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
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 (Angabe freiwillig)	
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

**Beweismittel bitte beifügen**

**4.4 Bestand ein Anlernverhältnis?**

vom - bis

nein    ja

angelernter Beruf \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

erfolgreich beendet    nein    ja

**5 Beschäftigungsübersicht** (gegebenenfalls Ergänzungsblatt R0211 verwenden)

Ein Verweis auf den Versicherungsverlauf genügt nicht.

Zeitraum vom - bis	genaue Bezeichnung der Beschäftigung oder Tätigkeit (zum Beispiel nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter)	Bezeichnung des Tarifvertrages Gehaltsgruppe / Lohngruppe	aufgegeben wegen (zum Beispiel Krankheit, Kündigung)



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

nein  ja

Name und Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

**8.4** Sind Sie schwerbehindert?

nein, **sofern vorhanden, bitte Ablehnungsbescheid beifügen**

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?

nein  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

nein  ja

anerkannt von welcher Stelle

Aktenzeichen

**9** **Ärztliche Behandlung**

(gegebenenfalls Ergänzungsblatt R0211 verwenden)

**Ärztliche Unterlagen soweit vorhanden bitte beifügen**

**9.1** Bei wem waren Sie in der letzten Zeit in **ambulanter** ärztlicher Behandlung?

**Hausarzt (Name, Vorname)**

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

vom - bis



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

noch Ziffer 9.1

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

**Ärztliche Unterlagen soweit  
vorhanden bitte beifügen**

## 10 Ärztliche Untersuchungen

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

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.

**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

#### 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 beigefügt.  wird nachgereicht.



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

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



**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. 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.

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.

**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

#### 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 beigefügt.  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,
2. im Rahmen des § 69 Absätze 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 erfolgte Verarbeitung nicht berührt. ...

