

6 Erläuterungen zum Reha-Antragsformular G100

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte - Rehabilitationsantrag

- Ziffer 2** Ihre Angaben zur Person müssen den Eintragungen in der Geburtsurkunde, im gültigen Personalausweis oder Reisepass entsprechen. Sie sind erforderlich, damit wir Ihr Versicherungskonto einwandfrei ermitteln und führen können.
- Ziffer 6** Ziel der Disease-Management-Programme (DMP) ist die Behandlung chronisch kranker Menschen nach gleichen, abgestimmten medizinischen Standards über den gesamten Verlauf der Krankheit hinweg. Dies gilt auch für die Rehabilitation.
- Es gibt Disease-Management-Programme, zum Beispiel für die Diagnosen:
- Diabetes mellitus Typ 2
 - Diabetes mellitus Typ 1
 - Brustkrebs
 - Koronare Herzkrankheit
- Ziffer 7** Die Angaben benötigen wir für eventuelle Rückfragen bei Ihrer Krankenkasse.
- Ziffer 8** Ihren behandelnden Arzt (zum Beispiel Hausarzt, Facharzt) binden wir in den Rehabilitationsprozess mit ein. Daher benötigen wir den Namen und die vollständige Anschrift für eventuelle Rückfragen oder zur Anforderung gegebenenfalls noch fehlender ärztlicher Unterlagen.
- Ziffer 9** Die Angaben zur Beitragszahlung sind erforderlich, damit wir die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen prüfen können.
- Ziffer 10** Beamte mit Versorgungsanwartschaften können keine Leistungen zur Rehabilitation aus der Rentenversicherung erhalten. Beamte auf Widerruf oder auf Probe und Beschäftigte im öffentlichen Dienst mit Anwartschaft auf Zusatzversorgung (zum Beispiel von der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder - VBL) sind vom Ausschluss nicht betroffen.
- Ziffer 11** Hierunter fallen Erwerbsminderungsrenten und Altersrenten. Beziehen Sie bereits Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt oder beabsichtigen Sie, dies in den nächsten 6 Monaten zu tun, können Sie keine Leistungen zur Rehabilitation von der Rentenversicherung erhalten. Der Ausschluss gilt nicht, wenn Sie einen Antrag auf Leistungen zur onkologischen Rehabilitation stellen.
- Ziffer 12** Beziehen Sie eine Leistung mit Entgeltersatzcharakter, die Ihnen regelmäßig bis zum Beginn der Altersrente gezahlt wird, können Sie keine Leistung zur Rehabilitation von der Rentenversicherung erhalten. Dies gilt auch, wenn Sie einen Antrag auf Altersteilzeit gestellt haben und sich in der arbeitsfreien Phase befinden oder diese in den nächsten 6 Monaten antreten werden. Haben Sie das 58. Lebensjahr vollendet und haben Sie als Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II die Erklärung unterschrieben, wonach Sie zum frühestmöglichen Zeitpunkt Altersrente beantragen, können Sie keine Leistungen zur Rehabilitation von der Rentenversicherung erhalten. Der Ausschluss gilt nicht, wenn Sie einen Antrag auf Leistungen zur onkologischen Rehabilitation stellen.
- Ziffer 13.1** Beantworten Sie eine dieser Fragen mit ja, kann Ihr Antrag an den zuständigen Leistungsträger weitergeleitet werden. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Sie die Leistung zur Rehabilitation aufgrund einer dieser Gesundheitsstörungen beantragen.
- Ziffer 13.2** Treffen diese Fragen bei Ihnen zu, kann Ihr Rentenversicherungsträger Forderungen gegen Dritte geltend machen. Dies hat keine Auswirkungen auf die Antragsbearbeitung und den Leistungsanspruch.
- Ziffer 13.3** Grundsätzlich können wir Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung der letzten Leistung erbringen. Beantworten Sie diese Frage mit ja, prüfen wir, ob bei Ihnen Leistungen vor Ablauf der 4-Jahres-Frist erforderlich sind.
- Ziffer 15** Übergangsgeld und andere Geldleistungen (zum Beispiel Haushaltshilfe) zahlen wir grundsätzlich unbar. Wir überweisen eventuell zustehende Beträge auf das von Ihnen angegebene Konto. Die Beträge können auch auf das Konto eines Dritten überwiesen werden. Sie sollten immer ein Konto angeben, damit keine zusätzlichen Gebühren durch Barscheck anfallen.
- Ziffer 16** Hier entbinden Sie mit Ihrer Unterschrift Ärzte und dritte Stellen von der Schweigepflicht. Gleichzeitig bestätigen Sie damit, dass wir Sie auf bestimmte Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit Ihrem Antrag hingewiesen und Sie diese zur Kenntnis genommen haben.
- Ziffer 18** Diese Ziffer ist von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse auszufüllen. Sind Sie privat krankenversichert, ist diese Ziffer nicht auszufüllen