

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Eingangsstempel



**Deutsche
Rentenversicherung**

Antrag auf Weiterzahlung einer Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute über den Wegfallmonat hinaus

R0120

Dieser Antragsvordruck ist nur zu verwenden, wenn bereits eine Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute wegen verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau auf Zeit geleistet wird

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). 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.

Sie können diesen Antrag auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag stellen.

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau**

1 Angaben zur Person

Name		Vorname	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl	Wohnort		
Land			
Telefon		Telefax	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

2 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

**Vollmacht oder Beschluss des
Gerichts bitte beifügen**

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)		
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
in der Eigenschaft als ☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter		
Straße, Hausnummer		
Adresszusatz		
Postleitzahl	Wohnort	
Land		
Telefon		Telefax

3 Zusätzliche Angabe zum Rentenanspruch seit Beginn der Zeitrente

3.1 Üben Sie eine Beschäftigung aus?			
☐	nein		
☐	ja, vom	bis	seit
	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr
	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?			
☐	nein		
☐	ja, seit	bei	
	Tag Monat Jahr		
	Kundennummer / Aktenzeichen		
3.3 Sind oder waren Sie selbständig erwerbstätig?			
☐	nein		
☐	ja, vom	bis	seit
	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr
	Art und Umfang der selbständigen Tätigkeit (Tage pro Woche, Stunden täglich)		



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

3.4 Haben Sie einen Hausarzt?

Name, Vorname, Fachrichtung

☐

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, Fachrichtung

☐

nein

☐

ja

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

in Behandlung seit

wann zuletzt

Name, Vorname, Fachrichtung

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

in Behandlung seit

wann zuletzt

Name, Vorname, Fachrichtung

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

in Behandlung seit

wann zuletzt



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 3.5

Name, Vorname, Fachrichtung

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

in Behandlung seit

wann zuletzt

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

☐ nein ☐ ja

Name des Krankenhauses

genaue Anschrift

Abteilung, Station

Behandlung wegen

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Name des Krankenhauses

genaue Anschrift

Abteilung, Station

Behandlung wegen

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Name des Krankenhauses

genaue Anschrift

Abteilung, Station

Behandlung wegen

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 3.6

Name des Krankenhauses

genaue Anschrift

Abteilung, Station

Behandlung wegen

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

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

bei welcher Stelle

☐ nein
 ☐ ja

Aktenzeichen

3.10 Wurde eine ärztliche Untersuchung veranlasst?

von welcher Stelle

☐ nein
 ☐ ja

Aktenzeichen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

3.11 Wurde eine Begutachtung für die Pflegeversicherung veranlasst?

von welcher Stelle

nein

ja

Aktenzeichen

am

Tag

Monat

Jahr

3.12 Haben Sie während des Rentenbezugs die Feststellung / Verlängerung einer Schwerbehinderung oder die Feststellung eines höheren Grades der Behinderung beantragt?

bei welcher Stelle

nein

ja

Aktenzeichen

am

Tag

Monat

Jahr

Schwerbehindertenausweis, Anerkennungsbescheid oder Ablehnungsbescheid

ist beigefügt

liegt noch nicht vor

wird nachgereicht

3.13 Damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen machen können, haben Sie die Möglichkeit, Ihre persönliche Einschätzung in dem **Vordruck R0215** einzubringen.

3.14 Beziehen Sie kurzfristiges Erwerbsersatz Einkommen (zum Beispiel Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, vergleichbare Leistungen von einer Stelle im Ausland) oder haben Sie eine der genannten Leistungen beantragt? Bitte auch dann beantworten, wenn die Leistung ruht oder Einkommen angerechnet wird.

nein

ja,

vom

Tag

Monat

Jahr

bis

Tag

Monat

Jahr

beantragt am

Tag

Monat

Jahr

Art der Leistung

zahlende Stelle

Anschrift

Aktenzeichen

3.15 Erhalten Sie Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete oder Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (zum Beispiel als Minister)?

nein

ja



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

3.16 Erzielen Sie steuerrechtlichen Gewinn, also Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit, gegebenenfalls auch im Ausland? Hierzu gehören auch Einkünfte aus Fotovoltaik, Solarenergie, Windenergie und so weiter.

☐ nein ☐ ja

3.17 Erhalten Sie Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH?

☐ nein ☐ ja

3.18 Erhalten Sie Vorruhestandsgeld?

☐ nein ☐ ja

4 Andere Leistungen

Beziehen oder bezogen Sie zuletzt eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?

4.1 Krankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung von einer Krankenkasse

☐ nein

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

4.2 Arbeitslosengeld, Grundsicherungsgeld / Bürgergeld, Einstiegsgeld, Gründungszuschuss von der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter, **Kurzarbeitergeld** oder **Qualifizierungsgeld** von Ihrem Arbeitgeber
Die Angaben zum Grundsicherungsgeld / Bürgergeld und zum Einstiegsgeld sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigzte Angehörige** Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.

☐ nein

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

4.3 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

☐ nein

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

4.4 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

Die Angaben sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigzte Angehörige** Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.

☐ nein

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

4.5 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

☐ nein

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

4.6 Elterngeld von den Elterngeldstellen

☐	nein																		
☐	ja, vom <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> beantragt am <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> zahlende Stelle Aktenzeichen	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr																	
Tag	Monat	Jahr																	
Tag	Monat	Jahr																	

4.7 Sonstige Leistungen (zum Beispiel von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker, nach dem Gesetz über die Leistungen zur Sicherung des Unterhalts von Reservistendienst Leistenden - Unterhaltssicherungsgesetz, Kriegsopferfürsorge, Unterhaltshilfe nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz, Versorgungsleistungen nach § 9 des Gesetzes zur Überführung der Ansprüche und Anwartschaften aus Zusatz- und Sondernversorgungssystemen des Beitrittsgebiets - Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz)

☐	nein																		
☐	ja, vom <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> beantragt am <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> zahlende Stelle Aktenzeichen Art der Leistung	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr																	
Tag	Monat	Jahr																	
Tag	Monat	Jahr																	

5 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

5.1 Sind Sie in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert?

☐	nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2			
☐	ja, <table border="1"> <tr> <td>☐ pflichtversichert</td> <td>☐ familienversichert</td> <td>☐ freiwillig versichert (wenn Sie noch keinen Zuschuss zur Krankenversicherung beziehen, bitte gegebenenfalls mit Vordruck R0820 beantragen)</td> </tr> </table> Name der Krankenkasse bei bitte weiter bei Ziffer 6	☐ pflichtversichert	☐ familienversichert	☐ freiwillig versichert (wenn Sie noch keinen Zuschuss zur Krankenversicherung beziehen, bitte gegebenenfalls mit Vordruck R0820 beantragen)
☐ pflichtversichert	☐ familienversichert	☐ freiwillig versichert (wenn Sie noch keinen Zuschuss zur Krankenversicherung beziehen, bitte gegebenenfalls mit Vordruck R0820 beantragen)		



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

5.2 Sind Sie in der privaten Krankenversicherung versichert?

☐ nein, bitte geben Sie an, wie Sie krankenversichert sind

bitte weiter bei Ziffer 6

Name des Krankenversicherungsunternehmens

☐ ja, bei _____
bitte weiter bei Ziffer 5.3

5.3 Beziehen Sie bereits einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung?

☐ nein, bitte gegebenenfalls mit **Vordruck R0820** beantragen

☐ ja, bitte von Ihrem Versicherungsunternehmen, der KVB, der PBeaKK beziehungsweise Ihrer Solidargemeinschaft **Vordruck R0821 ausfüllen lassen** (für ausländische Versicherungen bitte **Vordruck R0822** verwenden)

Vordruck R0821 / R0822

☐

ist beigelegt

☐

wird nachgereicht

☐

wurde weitergeleitet

6 Dokumentenzugang 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 Anlagen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



Erklärung für den Rentenversicherungsträger

Erklärung und Information zum Antrag auf Weiterzahlung einer Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute

1 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörenden 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 Erwerbsersatz Einkommen 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.

2 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.

3 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 4.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

4.2 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 beigelegt.

☐ wird nachgereicht.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



Erklärung für die Antragstellerin / den Antragsteller

Erklärung und Information zum Antrag auf Weiterzahlung einer Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute

1 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörenden 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 Erwerbsersatz Einkommen 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.

2 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.

3 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 4.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

4.2 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 beigelegt.

☐ wird nachgereicht.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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,
 - 1a. im Rahmen der Geltendmachung und Durchsetzung sowie Abwehr eines Erstattungs- oder Ersatzanspruchs,
2. im Rahmen des § 69 Absatz 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 erfolgten Verarbeitung nicht berührt. ...

