Versicherungsnummer Kennzeichen (soweit bekannt)		Deutsche Rentenversicherung	
MSAT / MSNR Eingangsstempel der Antrag aufnehmen	den Stelle	Eingangsstempel des Rentenversicherungsträgers	
Antrag auf medizinische Leistungen zur Siche Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen) nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB VI	erung der	G0180	
Die für die Präventionsleistung vorgesehene Rehabilitations Rehabilitationseinrichtungen sind (soweit bekannt): 1. Name, Anschrift	einrichtung ist / vorge	esehenen	
2. Name, Anschrift			
Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden z und Unterlagen. Bitte füllen Sie den Antrag und die Anlage 1 Angaben zur Person			
Name	Vornamen (Rufname)	ame)	
Geburtsname	frühere Namen		
Geburtsdatum Geschlecht männlich weiblich Geburtsort (Kreis, Land)	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)		
Straße, Hausnummer	telefonis	ch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl Wohnort			
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)			
2 Krankenkasse Name			
3 Bankverbindung (die Angabe ist freiwillig, zugleich für eine Überweisung unv	<u> </u>	PIO (Part I dant's a Corta)	
IBAN (International Bank Account Number) D E Geldinstitut (Name, Ort)		BIC (Bank Identifier Code)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber			



Kennzeichen		
Versicherungsnummer		
4 Dokumentenzugang		
4.1 Per De-Mail		
Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach.		
Mit der Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.		
Meine De-Mail-Adresse lautet:		
4.2 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)		
5 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)		
5.1 Einwilligungserklärung		
Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt, erhalten darf. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, willige ich ein, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert erhalten darf.		
5.2 Information		
Wir informieren Sie darüber, 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) 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 oder Rehabilitationseinrichtungen) 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 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I.		
5.3 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 , jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.		
6 Unterschrift		
Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.		
Ort, Datum Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers		

