

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--

**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

--

Eingangsstempel
der Antrag aufnehmenden StelleEingangsstempel
des Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur Prävention

G0180

Die für die Präventionsleistung vorgesehene Rehabilitationseinrichtung ist / vorgesehenen
Rehabilitationseinrichtungen sind (soweit bekannt): medicos.AufSchalke, Gelsenkirchen

1. Name, Anschrift medicos.AufSchalke Reha GmbH & Co. KG Parkallee 1, 45891 Gelsenkirchen
2. Name, Anschrift

1 Angaben zur Person

Name	Vorname (Rufname)
Geburtsname	frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht männlich weiblich ohne Eintrag divers
Geburtsort (Kreis, Land)	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)
Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort
Telefax (Angabe freiwillig)	

2 Krankenkasse

Name

3 Dokumentenzugang

3.1 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:

De-Mail
noch De-Mail



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

3.2 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)

4 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)

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.

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.

5 Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

