



**Markt Bad Steben**  
**BAYERISCHES STAATSBAD**  
**Hauptstraße 2**  
**95138 Bad Steben**

## **Merkblatt zum Antrag Erwerbsminderungsrente**

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

dieses Merkblatt soll Ihnen Anhaltspunkte geben, welche Angaben und Unterlagen bei einem **Rentenantrag** benötigt werden.

Es handelt sich hierbei um **keine** abschließende Aufstellung. Der Antrag wird in unserem Hause am Computer aufgenommen. Zur Antragsaufnahme bitten wir Sie mit Frau Franziska Ahrens einen Termin zu vereinbaren.

Welche Unterlagen im Einzelfall erforderlich sind, kann nur nach Durchsicht der Versicherungsunterlagen im Rahmen eines Beratungsgespräches bei der Deutschen Rentenversicherung festgestellt werden.

Es werden grundsätzlich folgende Angaben bzw. Unterlagen benötigt:

- Sozialversicherungsnummer
- Vollmacht, wenn die Antragstellung für eine andere Person erfolgt (auch bei Ehegatten)
- gültiger Personalausweis/Reisepass
- Datum der Eheschließung (sofern verheiratet)
- Schwerbehindertenausweis und Bescheid Schwerbehinderung, sofern vorhanden
- Bankverbindung: **IBAN** (im Kontoauszug ersichtlich)
- Name und Anschrift der derzeitigen Krankenkasse sowie die **Versicherungs-(Chip)karte**
- Angaben über die Krankenversicherungsverhältnisse ab 01.01.1989 (Name der Krankenkasse und Dauer der Versicherungszeit)
- Nachweise/Bescheide des Bezuges von
  - weiteren Renten (z.B. Hinterbliebenenrente, Unfallrente o.ä.)
  - Wohngeld, Sozialhilfe
  - Leistungen des Agentur für Arbeit, ARGE oder der Krankenkasse
- Angaben zu betrieblichen Altersvorsorgungen (z.B. VBL, ZVK) (Name des Versorgungsträgers, Anschrift, Versicherungsnummer)
- letzter Versicherungsverlauf oder Rentenauskunft
- Geburtsurkunden eigener leiblicher, Adoptiv-, Stief – u. Pflegekinder

**Zusätzlich werden von Ihnen folgende Angaben benötigt:**

- **berufliche Ausbildungen**  
z.B. Lehre, Umschulung, Anlernverhältnis, Erwachsenenqualifizierung  
Bitte entsprechende Nachweise vorlegen (z.B. Zeugnisse, Zertifikate).
- **Beschäftigungsübersicht - bitte lückenlose Angaben von der Aufnahme der ersten Beschäftigung bis heute –Lebenslauf (!!)**  
Tätigkeitsbezeichnung, genauer Zeitraum und Grund der Aufgabe der Tätigkeit  
(z.B. Kündigung, Krankheit, befristeter Arbeitsvertrag, ABM, Zeitarbeit...)
- **selbständige Erwerbstätigkeit**  
genauer Zeitraum, Art und zeitlicher Umfang der Tätigkeit
- **Art der Gesundheitsstörungen und Zeitpunkt des Auftretens**  
Haupterkrankung, sowie alle weiteren Erkrankungen  
Sollten Sie im Besitz von medizinischen Unterlagen sein, sind diese bitte mitzubringen.
- **Name, Anschrift und Telefonnummer aller behandelnden Ärzte sowie Behandlungszeiträume**
- **Stationäre Krankenhausbehandlung**  
mit Krankenhausanschrift, Stationsbezeichnung und Behandlungszeitraum
- **ärztliche Untersuchungen von der Krankenkasse (MDK), Gesundheitsamt, Berufsgenossenschaft, Personal- oder Betriebsarzt, Versorgungsamt, Agentur für Arbeit, ARGE**  
Zeitpunkt der Untersuchung, Anschrift der Einrichtung und Aktenzeichen
- **Rehabilitationsleistungen**  
Zeitraum, Leistungsträger
- **ärztliche Untersuchungen anlässlich eines früheren Rentenantrages**
- **Ausdruck der Krankenkasse über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausaufenthalte**

|                                                                                 |                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Versicherungsnummer                                                             | Kennzeichen<br>(soweit bekannt)                                                 |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> |

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



**Deutsche  
Rentenversicherung**

## Anlage zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung

# R0210

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) 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

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

**Vollmacht oder Beschluss des  
Gerichts bitte beifügen**

|                                                            |                                  |                                                       |                                           |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 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<br>(soweit bekannt)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div> |

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

### 3 Angaben zum letzten Arbeitsverhältnis

|                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3.1</b> Wer ist / war Ihr letzter Arbeitgeber (auch bei geringfügiger Beschäftigung)?<br>Name, Anschrift                                     |
| <b>3.2</b> Wie ist / war Ihre tägliche Arbeitszeit?<br>Tage pro Woche, Stunden täglich                                                          |
| <b>3.3</b> Besteht das Arbeitsverhältnis beim Arbeitgeber (zumindest formal) noch?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

### 4 Berufsausbildung der rentenberechtigten Person

Beweismittel bitte beifügen

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>4.1</b> Wurde eine Berufsausbildung absolviert (zum Beispiel Ausbildungsberuf, Fachschulstudium, Fachhochschulstudium, Hochschulstudium)?<br>vom - bis<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>erlernter Beruf<br>Prüfung bestanden<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>vom - bis<br>erlernter Beruf<br>Prüfung bestanden<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <b>4.2</b> Wurde eine <b>Umschulung</b> durchgeführt?<br>vom - bis<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Umschulungsberuf<br>Kostenträger<br>Aktenzeichen<br>erfolgreich beendet<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                       |
| <b>4.3</b> Wurden weitere <b>Qualifikationen</b> absolviert (zum Beispiel Refaprüfung, Meisterprüfung, Polierprüfung)?<br>vom - bis<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Art der Ausbildung<br>erfolgreich beendet<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                    |



|                                                                                                       |                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Versicherungsnummer<br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> | Kennzeichen<br>(soweit bekannt)<br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Versicherungsnummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Kennzeichen<br>(soweit bekannt)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div> |

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

## 6 Selbständige Erwerbstätigkeit

|                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6.1</b> Üben Sie noch eine selbständige Erwerbstätigkeit aus?<br>Datum und Grund der Aufgabe (zum Beispiel Löschung in der Handwerksrolle, Abmeldung beim Gewerbeamt - bitte nachweisen)           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> im eigenen gewerblichen Betrieb beziehungsweise im Betrieb eines Familienangehörigen<br><input type="checkbox"/> im eigenen landwirtschaftlichen Betrieb beziehungsweise im landwirtschaftlichen Betrieb eines Familienangehörigen<br><input type="checkbox"/> im sonstigen freien Beruf<br>Art und Umfang der Tätigkeit<br>gegebenenfalls Verwandtschaftsverhältnis<br>Größe des landwirtschaftlichen Betriebes in Hektar |
| <b>6.2</b> Sind Sie Eigentümer oder Gesellschafter eines Unternehmens (Betrieb, Geschäft oder Ähnliches) oder sonst freiberuflich tätig?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

## 7 Angaben von Arbeitsuchenden

|                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>7.1</b> Sind Sie bei der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter gemeldet?<br>seit |     |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                             | bei |
| Kundennummer / Aktenzeichen                                                           |     |
| das Arbeitsgesuch / Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten:   |     |

## 8 Begründung des Rentenanspruchs

|                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>8.1</b> Seit wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert?<br>seit                                                                                                      |
| wegen                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Hinweis:</b> Damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen machen können, haben Sie die Möglichkeit, Ihre persönliche Einschätzung in dem <b>Vordruck R0215</b> einzubringen. |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Versicherungsnummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Kennzeichen<br>(soweit bekannt)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div> |

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>8.2</b> Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten?<br>Art _____<br><br>Umfang - wie viele Stunden täglich _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>8.3</b> Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank?<br>seit _____<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Name und Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>8.4</b> 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 (HHG)?<br>durch _____<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>anerkannt von welcher Stelle _____<br><br>Aktenzeichen _____ |

**9 Ärztliche Behandlung** (gegebenenfalls Ergänzungsblatt R0211 verwenden)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>9.1</b> Bei wem waren Sie in der letzten Zeit in <b>ambulanter</b> ärztlicher Behandlung?<br><b>Hausarzt (Name, Vorname)</b> _____<br><br>genaue Anschrift _____<br><br>Telefonnummer _____<br><br>Behandlung wegen _____<br><br>vom - bis _____<br><br><b>Arzt (Name, Vorname)</b> _____<br><br>genaue Anschrift _____<br><br>Telefonnummer _____<br><br>Behandlung wegen _____<br><br>vom - bis _____ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

|                                                                                                                   |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <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?<br>Name des Krankenhauses |                    |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                         |                    |
|                                                                                                                   | genaue Anschrift   |
|                                                                                                                   | Abteilung, Station |
|                                                                                                                   | Behandlung wegen   |
|                                                                                                                   | vom - bis          |

Wurden ärztliche Untersuchungen in den letzten Jahren durchgeführt?

**10.1** vom **Medizinischen Dienst der Krankenkassen** im Auftrag der Krankenkasse oder Pflegekasse

Name der Krankenkasse oder der Pflegekasse \_\_\_\_\_

☐ nein ☐ ja \_\_\_\_\_

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_

**10.2** im Auftrag der **Agentur für Arbeit**

Name der Agentur für Arbeit \_\_\_\_\_

☐ nein ☐ ja \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Kennzeichen  
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

**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

**10.6.1 Sind Sie schwerbehindert?**

☐ nein ☐ ja

**bitte Ablehnungsbescheid oder Anerkennungsbescheid beifügen**

**10.6.2 Sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt oder wurde Ihnen als Arbeitsuchender die Gleichstellung zugesichert?**

☐ nein ☐ ja

**bitte Gleichstellungsbescheid / Zusicherungsbescheid der Agentur für Arbeit beifügen**



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Versicherungsnummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Kennzeichen<br>(soweit bekannt)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div> |

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

## 11 Leistungen zur Teilhabe

|                                                                                                                                                   |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>11.1</b> Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht worden<br>(zum Beispiel Kur, Umschulung)? |                             |
| Ort                                                                                                                                               |                             |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ja |
| Kostenträger                                                                                                                                      |                             |
| Aktenzeichen                                                                                                                                      |                             |
| vom - bis                                                                                                                                         |                             |
| <b>11.2</b> Sind zurzeit solche Leistungen beantragt?<br>bei welcher Stelle                                                                       |                             |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ja |
| Aktenzeichen                                                                                                                                      |                             |
| beantragt am                                                                                                                                      |                             |
| <b>11.3</b> Wurde früher ein Antrag auf solche Leistungen abgelehnt?<br>von welcher Stelle                                                        |                             |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ja |
| Aktenzeichen                                                                                                                                      |                             |
| abgelehnt am                                                                                                                                      |                             |

## 12 Sonstige Angaben

|                                                                                                                              |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>12.1</b> Wurde anlässlich eines früheren Rentenanspruchs eine ärztliche Untersuchung durchgeführt?<br>Versicherungsträger |                             |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                | <input type="checkbox"/> ja |
| Aktenzeichen                                                                                                                 |                             |
| Zeitpunkt der Untersuchung                                                                                                   |                             |
| <b>12.2</b> Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen gehindert, zur ärztlichen Untersuchung zu kommen?<br>Grund                 |                             |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                | <input type="checkbox"/> ja |
| <b>12.3</b> Ist eine Verständigung in deutscher Sprache möglich?                                                             |                             |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                | <input type="checkbox"/> ja |
| <b>12.3.1</b> Wird ein Dolmetscher benötigt?                                                                                 |                             |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                | <input type="checkbox"/> ja |



|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |
|                     |                                 |

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



**Deutsche  
Rentenversicherung**

## 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) 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 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - 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.



Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |
|                     |                                 |

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



**Deutsche  
Rentenversicherung**

## 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) 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 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - 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.



Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten





Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



**Deutsche  
Rentenversicherung**

## Ergänzungsblatt zum Vordruck R0210

R0211

## 1 Angaben zur Person

|                                         |                                                |                   |                                  |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------|
| Name                                    |                                                | Vorname (Rufname) |                                  |
| Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) | Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de) |                   | Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.) |
| Geburtsname                             |                                                |                   | Geburtsdatum                     |

### zu Ziffer 5 Beschäftigungsübersicht

[illegible]



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Versicherungsnummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Kennzeichen<br>(soweit bekannt)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> <div style="width: 15px;"></div> </div> |

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

## zu Ziffer 9 Ärztliche Behandlung

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>9.1 ambulante Behandlung</b><br><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>Arzt (Name, Vorname)</b>                                    |
| genaue Anschrift                                               |
| Telefonnummer                                                  |
| Behandlung wegen                                               |
| vom - bis                                                      |



| Day       | Number of Visitors |
|-----------|--------------------|
| Monday    | 10                 |
| Tuesday   | 15                 |
| Wednesday | 12                 |
| Thursday  | 10                 |
| Friday    | 12                 |
| Saturday  | 25                 |
| Sunday    | 30                 |

|  |           |
|--|-----------|
|  | vom - bis |
|--|-----------|



Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Eine Rehabilitation kommt in Betracht:

☐ nein ☐ ja

## 2.6 Wünschen Sie Unterstützung bei:

☐ Bluthochdruck

☐ Zuckerkrankheit

☐ Gewichtsproblem

Stress

☐ Alkoholproblem

☐ Nikotinproblem

☐ Sonstiges:

**2.7 Gibt es weitere Erkrankungen beziehungsweise Behinderungen, die für Sie von Bedeutung sind?**  
(Bitte erläutern!)

**2.8 Über Ihre gesundheitlichen Beschwerden hinaus: Sind Sie durch irgendetwas besonders belastet?**  
(zum Beispiel Pflege und Krankheit von Angehörigen, Belastungen in Partnerschaft oder Familie)

**Uns interessiert, welche Erfahrungen Sie in den letzten 2 Jahren mit Behandlungen gemacht haben.**

## 2.9 Welche Behandlungen haben Ihnen gut geholfen?

(zum Beispiel Krankengymnastik, Spritzen, Medikamente, Operationen, Gespräche, Psychotherapie, alternative Heilmethoden)

**2.10 Gab es in den letzten 2 Jahren Tage, an denen Sie sich arbeitsunfähig gefühlt haben und Sie trotzdem arbeiten gegangen sind?**

☐ nein ☐ ja, bitte erläutern:

**Zum Schluss noch eine allgemeine Frage:**

**2.11 Wie schätzen Sie im Großen und Ganzen Ihren derzeitigen Gesundheitszustand ein?**

(Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

☐ sehr gut   ☐ eher gut   ☐ durchschnittlich   ☐ eher schlecht   ☐ sehr schlecht

**Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.  
Das Ärzteteam Ihrer Deutschen Rentenversicherung**

Ort, Datum

Unterschrift

