



## Anlage zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (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 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (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.

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

# R210

|  |              |
|--|--------------|
| <b>1 Angaben zur Person</b>  |              |
| Name, Vorname, Geburtsname   | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort                              |              |
| Telefonisch tagsüber zu erreichen, Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) |              |
| Letzter Arbeitgeber (Name, genaue Anschrift)                           |              |
| Arbeitszeit (Tage pro Woche, Stunden tägl.)                            |              |

|  |   |
|--|---|
| <b>2 Verstorbene Versicherte / verstorbener Versicherter (bei Antrag auf Hinterbliebenenrente)</b> |   |
| Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum   | Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten |
|  | Kennzeichen (soweit bekannt)                            |

|  |  |
|--|--|
| <b>3 Antragstellung durch andere Personen (Vormund, Betreuer)</b>      |  |
| Name, Vorname / Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)                       | In der Eigenschaft als   |
|  | <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort                              |  |
| Telefonisch tagsüber zu erreichen, Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>4 Berufsausbildung der Antragstellerin / des Antragstellers</b>                                   | <b>Beweismittel bitte beifügen</b>                        |
| Wurde eine Berufsausbildung absolviert (z. B. Ausbildungsberuf, Fach-, Fachhoch-, Hochschulstudium)? |   |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |   |
| vom - bis  | erlernter Beruf   |
|  | Prüfung bestanden?  |
|  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| vom - bis  | erlernter Beruf   |
|  | Prüfung bestanden?  |
|  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Wurde eine <b>Umschulung</b> durchgeführt?   |   |
| vom - bis  | Umschulungsberuf, Kostenträger, Aktenzeichen              |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  | erfolgreich beendet?                                      |
|  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Wurden weitere <b>Qualifikationen</b> absolviert (z. B. Refa-, Meister-, Polierprüfung)?             |   |
| vom - bis  | Art der Ausbildung  |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  | erfolgreich beendet?                                      |
|  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Bestand ein <b>Anlernverhältnis</b> ?  |   |
| vom - bis  | angelernter Beruf   |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  | erfolgreich beendet?                                      |
|  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <b>5 Beschäftigungsübersicht (ggf. Ergänzungsblatt R211 verwenden)</b> |  |   |  |
| Ein Verweis auf den Versicherungsverlauf genügt nicht.                 |  |   |  |
| Zeitraum<br>vom - bis  | Genaue Bezeichnung der Beschäftigung bzw. Tätigkeit<br>(z. B. nicht kaufm. Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter) | Bezeichnung des<br>Tarifvertrags<br>Gehalts- / Lohngruppe | aufgegeben wegen (z. B. Krankheit,<br>Kündigung) |
|  |  |   |  |
|  |  |   |  |
|  |  |   |  |
|  |  |   |  |

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

**Angaben von Arbeitsuchenden****7** (wenn zurzeit weder eine Beschäftigung noch eine selbständige Tätigkeit ausgeübt wird)

Sind Sie bei der Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einer Arbeitsgemeinschaft gemeldet?

☐

nein

☐

ja

seit

bei

Kundennummer / Aktenzeichen

Das Arbeits- / Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten:

**8 Begründung des Rentenanspruchs**

Seit wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert?

seit

wegen

Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten? (Art und Umfang - wie viel Stunden täglich?)

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank?

seit

Name und Anschrift der Krankenkasse / Verw.-Stelle

☐

nein

☐

ja

Sind die Gesundheitsstörungen verursacht worden durch Unfall, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Wehr- oder Zivildienstbeschädigung, Gewahrsam im Sinne des Häftlingshilfegesetzes?

durch

anerkannt von welcher Stelle, Aktenzeichen

☐

nein

☐

ja

**Ärztliche Behandlung** (ggf. Ergänzungsblatt R211 verwenden)**9** Bei wem waren Sie in der letzten Zeit in **ambulanter** ärztlicher Behandlung?

Arzt (Name, Vorname, genaue Anschrift, Telefon-Nr.)

Behandlung **wegen**

vom - bis

Arzt (Name, Vorname, genaue Anschrift, Telefon-Nr.)

Behandlung **wegen**

vom - bis

Arzt (Name, Vorname, genaue Anschrift, Telefon-Nr.)

Behandlung **wegen**

vom - bis

Waren Sie in den letzten Jahren in **stationärer** Krankenhausbehandlung?Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station, Behandlung **wegen**

vom - bis

☐

nein

☐

ja

**Ärztliche Untersuchungen****10** Wurden ärztliche Untersuchungen in den letzten Jahren veranlasst?von der **Krankenkasse** (Medizinischer Dienst)

Aktenzeichen

am

☐

nein

☐

ja

von der **Agentur für Arbeit**

Kundennummer

am

☐

nein

☐

ja

von der **Berufsgenossenschaft**

Aktenzeichen

am

☐

nein

☐

ja

vom **Personal- oder Betriebsarzt** (Name und Anschrift des Arbeitgebers, Personalnummer)

am

☐

nein

☐

ja

von **einer sonstigen Stelle** (z. B. Kommune, Arbeitsgemeinschaft, Gesundheitsamt, Privatversicherung)

Aktenzeichen

am

☐

nein

☐

ja

zur Feststellung einer Schwerbehinderung  
von welcher Stelle

Aktenzeichen

am

schwerbehindert?

☐

nein

☐

ja

☐

nein

☐

ja

bitte Anerkennungs- /  
Ablehnungsbescheid  
beifügen**11 Leistungen zur Teilhabe**

Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht worden (z. B. Kur, Umschulung)?

Ort

Kostenträger, Aktenzeichen

vom - bis

☐

nein

☐

ja

Sind zurzeit solche Leistungen beantragt?

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

beantragt am

☐

nein

☐

ja

Wurde früher ein Antrag auf solche Leistungen abgelehnt?

von welcher Stelle

Aktenzeichen

abgelehnt am

☐

nein

☐

ja

**12 Sonstige Angaben**

Wurde anlässlich eines früheren Rentenanspruchs eine ärztliche Untersuchung durchgeführt?

Versicherungsträger

Aktenzeichen

Zeitpunkt der Untersuchung

☐

nein

☐

ja

Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen gehindert, zur ärztlichen Untersuchung zu kommen?

Grund

☐

nein

☐

ja



## Anlage zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (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 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (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.

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

# R210

|  |   |
|--|---|
| <b>1 Angaben zur Person</b>  |   |
| Name, Vorname, Geburtsname   | Geburtsdatum                                |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort                              |   |
| Telefonisch tagsüber zu erreichen, Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) |   |
| Letzter Arbeitgeber (Name, genaue Anschrift)                           | Arbeitszeit (Tage pro Woche, Stunden tägl.) |

|  |   |
|--|---|
| <b>2 Verstorbene Versicherte / verstorbener Versicherter (bei Antrag auf Hinterbliebenenrente)</b> |   |
| Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum   | Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten |
|  | Kennzeichen (soweit bekannt)                            |

|  |  |
|--|--|
| <b>3 Antragstellung durch andere Personen (Vormund, Betreuer)</b>      |  |
| Name, Vorname / Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)                       | In der Eigenschaft als   |
|  | <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort                              |  |
| Telefonisch tagsüber zu erreichen, Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>4 Berufsausbildung der Antragstellerin / des Antragstellers</b>                                   | <b>Beweismittel bitte beifügen</b>                        |
| Wurde eine Berufsausbildung absolviert (z. B. Ausbildungsberuf, Fach-, Fachhoch-, Hochschulstudium)? |   |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |   |
| vom - bis  | erlernter Beruf   |
|  | Prüfung bestanden?  |
|  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| vom - bis  | erlernter Beruf   |
|  | Prüfung bestanden?  |
|  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Wurde eine <b>Umschulung</b> durchgeführt?   |   |
| vom - bis Umschulungsberuf, Kostenträger, Aktenzeichen   |   |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |   |
| erfolgreich beendet?   |   |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |   |
| Wurden weitere <b>Qualifikationen</b> absolviert (z. B. Refa-, Meister-, Polierprüfung)?             |   |
| vom - bis Art der Ausbildung   |   |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |   |
| erfolgreich beendet?   |   |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |   |
| Bestand ein <b>Anlernverhältnis</b> ?  |   |
| vom - bis angelehnter Beruf  |   |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |   |
| erfolgreich beendet?   |   |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |   |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <b>5 Beschäftigungsübersicht (ggf. Ergänzungsblatt R211 verwenden)</b> |  |   |  |
| Ein Verweis auf den Versicherungsverlauf genügt nicht.                 |  |   |  |
| Zeitraum<br>vom - bis  | Genaue Bezeichnung der Beschäftigung bzw. Tätigkeit<br>(z. B. nicht kaufm. Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter) | Bezeichnung des<br>Tarifvertrags<br>Gehalts- / Lohngruppe | aufgegeben wegen (z. B. Krankheit,<br>Kündigung) |
|  |  |   |  |
|  |  |   |  |
|  |  |   |  |
|  |  |   |  |
|  |  |   |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>6 Selbständige Erwerbstätigkeit</b>   |  |
| Üben Sie noch eine selbständige Erwerbstätigkeit aus?  |  |
| Datum und Grund der Aufgabe (z. B. Löschung in der Handwerksrolle, Abmeldung beim Gewerbeamt - bitte nachweisen)   |  |
| <input type="checkbox"/> nein  |  |
| <input type="checkbox"/> ja  |  |
| <input type="checkbox"/> im eigenen gewerblichen Betrieb bzw.<br>im Betrieb eines Familienangehörigen <input type="checkbox"/> im eigenen landwirtschaftlichen Betrieb<br>bzw. im landwirtschaftlichen Betrieb eines<br>Familienangehörigen <input type="checkbox"/> im sonstigen freien Beruf |  |
| Art und Umfang der Tätigkeit, ggf. Verwandtschaftsverhältnis, Größe des landwirtschaftlichen Betriebes in ha   |  |
| Sind Sie Eigentümer oder Gesellschafter eines Unternehmens (Betrieb, Geschäft oder ähnliches) oder sonst freiberuflich tätig?  |  |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |  |

**Angaben von Arbeitsuchenden****7** (wenn zurzeit weder eine Beschäftigung noch eine selbständige Tätigkeit ausgeübt wird)

Sind Sie bei der Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einer Arbeitsgemeinschaft gemeldet?

☐ nein ☐ ja

seit

bei

Kundennummer / Aktenzeichen

Das Arbeits- / Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten:

**8 Begründung des Rentenanspruchs**

Seit wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert?

seit

wegen

Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten? (Art und Umfang - wie viel Stunden täglich?)

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank?

seit

Name und Anschrift der Krankenkasse / Verw.-Stelle

☐ nein ☐ ja

Sind die Gesundheitsstörungen verursacht worden durch Unfall, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Wehr- oder Zivildienstbeschädigung, Gewahrsam im Sinne des Häftlingshilfegesetzes?

durch

anerkannt von welcher Stelle, Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja**Ärztliche Behandlung** (ggf. Ergänzungsblatt R211 verwenden)**9** Bei wem waren Sie in der letzten Zeit in **ambulanter** ärztlicher Behandlung?

Arzt (Name, Vorname, genaue Anschrift, Telefon-Nr.)

Behandlung **wegen**

vom - bis

Arzt (Name, Vorname, genaue Anschrift, Telefon-Nr.)

Behandlung **wegen**

vom - bis

Arzt (Name, Vorname, genaue Anschrift, Telefon-Nr.)

Behandlung **wegen**

vom - bis

Waren Sie in den letzten Jahren in **stationärer** Krankenhausbehandlung?Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station, Behandlung **wegen**

vom - bis

☐ nein ☐ ja**Ärztliche Untersuchungen****10** Wurden ärztliche Untersuchungen in den letzten Jahren veranlasst?von der **Krankenkasse** (Medizinischer Dienst)

Aktenzeichen

am

☐ nein ☐ javon der **Agentur für Arbeit**

Kundennummer

am

☐ nein ☐ javon der **Berufsgenossenschaft**

Aktenzeichen

am

☐ nein ☐ javom **Personal- oder Betriebsarzt** (Name und Anschrift des Arbeitgebers, Personalnummer)

am

☐ nein ☐ javon **einer sonstigen Stelle** (z. B. Kommune, Arbeitsgemeinschaft, Gesundheitsamt, Privatversicherung)

Aktenzeichen

am

☐ nein ☐ jazur Feststellung einer Schwerbehinderung  
von welcher Stelle

Aktenzeichen

am

schwerbehindert?

☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ jabitte Anerkennungs- /  
Ablehnungsbescheid  
beifügen**11 Leistungen zur Teilhabe**

Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht worden (z. B. Kur, Umschulung)?

Ort

Kostenträger, Aktenzeichen

vom - bis

☐ nein ☐ ja

Sind zurzeit solche Leistungen beantragt?

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

beantragt am

☐ nein ☐ ja

Wurde früher ein Antrag auf solche Leistungen abgelehnt?

von welcher Stelle

Aktenzeichen

abgelehnt am

☐ nein ☐ ja**12 Sonstige Angaben**

Wurde anlässlich eines früheren Rentenanspruchs eine ärztliche Untersuchung durchgeführt?

Versicherungsträger

Aktenzeichen

Zeitpunkt der Untersuchung

☐ nein ☐ ja

Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen gehindert, zur ärztlichen Untersuchung zu kommen?

Grund

☐ nein ☐ ja



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

## Erklärung und Information zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung

### 1. Einwilligungserklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

**Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. 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 auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

**Ich willige außerdem ein**, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) bzw. der §§ 116 / 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

### 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 gemäß Ziffer 1 mit Ihrer Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (z. B. 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 (z. B. zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Abs. 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 69 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 bestätige**, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Ziffer 1) ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

### 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 Arbeits-, Erwerbs- 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

- 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,
- 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 anderen in § 203 Abs. 1 und 3 des Strafgesetzbuchs genannten Person zugänglich gemacht worden sind, ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst Übermittlungsbefugnis wäre.

(2) Absatz 1 gilt nicht

- im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. 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 der Betroffene der Übermittlung widerspricht; der Betroffene ist von der verantwortlichen Stelle zu Beginn des Verwaltungsverfahrens in allgemeiner Form schriftlich auf das Widerspruchsrecht hinzuweisen,
- im Rahmen des § 69 Abs. 4 und 5 und des § 71 Abs. 1 Satz 3.

|   |   |
|---|---|
| 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> |

## Erklärung und Information zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung

### 1. Einwilligungserklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

**Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. 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 auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

**Ich willige außerdem ein**, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) bzw. der §§ 116 / 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

### 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 gemäß Ziffer 1 mit Ihrer Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (z. B. 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 (z. B. zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Abs. 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 69 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 bestätige**, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Ziffer 1) ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

## 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 Arbeits-, Erwerbs- 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

- 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,
- 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 anderen in § 203 Abs. 1 und 3 des Strafgesetzbuchs genannten Person zugänglich gemacht worden sind, ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst Übermittlungsbefugnis wäre.

(2) Absatz 1 gilt nicht

- im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. 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 der Betroffene der Übermittlung widerspricht; der Betroffene ist von der verantwortlichen Stelle zu Beginn des Verwaltungsverfahrens in allgemeiner Form schriftlich auf das Widerspruchsrecht hinzuweisen,
- im Rahmen des § 69 Abs. 4 und 5 und des § 71 Abs. 1 Satz 3.