

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Eingangsstempel des
Leistungsträgers

Antrag auf HZV-KinderReha – Rehabilitation Vorsorge

**1 Angaben zum Vater oder zur Mutter
(Person, aus deren Versicherung der Antrag gestellt wird)**

Name, Vorname des Vaters		Geburtsdatum
Name, Vorname der Mutter		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer (von einem Elternteil)		Vorwahl/Telefonnummer
Postleitzahl	Wohnort	

2 Angaben zum Kind

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Rentenversicherungsnummer des Kindes		

3 Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer			Telefon
Postleitzahl	Ort		

4 Krankenkasse

Name der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
-----------------------	---

Rentenversicherungsnummer

KV-Nummer

5 Gesundheitsstörungen des Kindes

Sind bei dem Kind Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- Folge eines Unfalls in der Kindertagesstätte oder Schule?
- Impfschaden?

nein ja, von welcher Stelle? _____

Wurden dort Leistungen beantragt?

nein ja, Aktenzeichen _____

Ist die zum Rehabilitationsantrag führende Gesundheitsstörung des Kindes ganz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch eine andere Person verursacht worden?

nein ja

Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

nein ja, am _____

bei welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____

6 Angaben, wenn das Kind mindestens 18 Jahre alt ist

Das Kind

- befindet sich in Schulausbildung oder Studium (Bitte Schulbescheinigung oder Studienbescheinigung beifügen)
- befindet sich in Berufsausbildung (Bitte Kopie des Ausbildungsvertrages beifügen)
- leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder einen Bundesfreiwilligendienst (Bitte Bescheinigung des Trägers beifügen)
- ist wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande, sich selbst zu unterhalten (Bitte Nachweis über die Behinderung beifügen)
- Sonstiges:

7 Antragstellung durch eine andere Person

Der Antrag wird gestellt von

Name, Vorname/Dienststelle		
in der Eigenschaft als		
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund	<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Postleitzahl	Wohnort, Straße, Hausnummer	Vorwahl/Telefonnummer

Rentenversicherungsnummer

KV-Nummer

8 Kommunikationshilfen und anerkannte Heilmittel

Ist das Kind auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers bzw. anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen, oder nutzt das Kind behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Assistenzhund)?

nein ja, das Kind ist angewiesen auf _____

9 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (z. B. blinde und sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in einer für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck als CD (Schriftdatei oder Textdatei im „doc.“-Format)
 in Braille (Kurzschrift) als Hörmedium (DC-DAISY Format)
 in Braille (Vollschrift)

10 Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift Mutter oder Vater/Betreuer

11 Erklärung und Information

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der Leistungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt, erhalten darf. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen erhalten haben. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einem evtl. zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, Änderungen zu den Angaben in diesem Antrag dem Leistungsträger sofort mitzuteilen.

Ort/Datum

Unterschrift Mutter oder Vater/Betreuer