



Anlage zum Rentenantrag vom _____ zur Feststellung der Erwerbsminderung bzw. von Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit

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 zur Verfügung.

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

R210

1 Angaben zur Person	
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.)

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

3 Antragstellung durch andere Personen (Vormund, Betreuer)	
Name, Vorname oder Dienststelle	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)	

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

5 Beschäftigungsübersicht (ggf. Ergänzungsblatt R211 verwenden)			
Zeitraum vom - bis	Genaue Bezeichnung der Beschäftigung bzw. Tätigkeit (z. B. nicht kaufm. Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter)	Bezeichnung des Tarifvertrags Gehalts- / Lohngruppe	aufgegeben wegen (z. B. Krankheit, Kündigung)

Selbständige Erwerbstätigkeit

6 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. im Betrieb eines Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> im eigenen landwirtschaftlichen Betrieb bzw. im landwirtschaftlichen Betrieb eines 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 ^{seit}Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einer ^{bei}Arbeitsgemeinschaft gemeldet? Kundennummer / Aktenzeichen

nein ja

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 ^{seit}arbeitsunfähig krank? 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, genaue Anschrift, Telefon-Nr.)	Behandlung wegen	vom - bis
Arzt (Name, genaue Anschrift, Telefon-Nr.)	Behandlung wegen	vom - bis
Arzt (Name, 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?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von der Krankenkasse (Medizinischer Dienst)	Aktenzeichen	am	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von der Agentur für Arbeit	Kundennummer	am	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von der Berufsgenossenschaft	Aktenzeichen	am	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	vom Personal- oder Betriebsarzt (Name und Anschrift des Arbeitgebers, Personalnummer)		am	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von einer sonstigen Stelle (z. B. Kommune, Arbeitsgemeinschaft, Gesundheitsamt, Privatversicherung)		am	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	zur Feststellung einer Schwerbehinderung von welcher Stelle	Aktenzeichen	am	schwerbehindert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <small>bitte Anerkennungs- / Ablehnungsbescheid beifügen</small>

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 vom _____ zur Feststellung der Erwerbsminderung bzw. von Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit

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 zur Verfügung.

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

R210

1 Angaben zur Person	
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.)

2 Verstorbene Versicherte / verstorbener Versicherter (bei Antrag auf Hinterbliebenenrente)	
Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum	Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten
	<input checked="" type="checkbox"/> Kennzeichen (soweit bekannt)

3 Antragstellung durch andere Personen (Vormund, Betreuer)	
Name, Vorname oder Dienststelle	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)

4 Berufsausbildung der Antragstellerin / des Antragstellers		Beweismittel bitte beifügen
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 Umschulung durchgeführt?		erfolgreich beendet?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurden weitere Qualifikationen absolviert (z. B. Refa-, Meister-, Polierprüfung)?		erfolgreich beendet?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bestand ein Anlernverhältnis ?		erfolgreich beendet?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

5 Beschäftigungsübersicht (ggf. Ergänzungsblatt R211 verwenden)			
Zeitraum vom - bis	Genauere Bezeichnung der Beschäftigung bzw. Tätigkeit (z. B. nicht kaufm. Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter)	Bezeichnung des Tarifvertrags Gehalts- / Lohngruppe	aufgegeben wegen (z. B. Krankheit, Kündigung)

Selbständige Erwerbstätigkeit

6 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. im Betrieb eines Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> im eigenen landwirtschaftlichen Betrieb bzw. im landwirtschaftlichen Betrieb eines 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 ^{seit}Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einer ^{bei}Arbeitsgemeinschaft gemeldet? Kundennummer / Aktenzeichen

nein ja

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 ^{seit}arbeitsunfähig krank? 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, genaue Anschrift, Telefon-Nr.)	Behandlung wegen	vom - bis
Arzt (Name, genaue Anschrift, Telefon-Nr.)	Behandlung wegen	vom - bis
Arzt (Name, 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?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von der Krankenkasse (Medizinischer Dienst)	Aktenzeichen	am	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von der Agentur für Arbeit	Kundennummer	am	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von der Berufsgenossenschaft	Aktenzeichen	am	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	vom Personal- oder Betriebsarzt (Name und Anschrift des Arbeitgebers, Personalnummer)		am	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von einer sonstigen Stelle (z. B. Kommune, Arbeitsgemeinschaft, Gesundheitsamt, Privatversicherung)	Aktenzeichen	am	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	zur Feststellung einer Schwerbehinderung von welcher Stelle	Aktenzeichen	am	schwerbehindert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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

