Deutsche Rentenversicherung

R211

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

Fortsetzungsblatt

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

1 Angaben zur Person

Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum

zu 5. Beschäftigungsübersicht

Zeitraum vom - bis	Genaue Bezeichnung der Beschäftigung / Tätigkeit	Bezeichnung des Tarifvertrags Gehalts- / Lohngruppe	aufgegeben wegen (z. B. Krankheit, Kündigung)

zu 9. Ärztliche Behandlung

ambulante Behandlung

Arzt (Name, genaue Anschrift, Tel.-Nr.)	Behandlung **wegen**	vom - bis
Arzt (Name, genaue Anschrift, Tel.-Nr.)	Behandlung **wegen**	vom - bis
Arzt (Name, genaue Anschrift, Tel.-Nr.)	Behandlung **wegen**	vom - bis
Arzt (Name, genaue Anschrift, Tel.-Nr.)	Behandlung **wegen**	vom - bis

stationäre Krankenhausbehandlung

Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station	Behandlung **wegen**	vom - bis
Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station	Behandlung **wegen**	vom - bis
Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station	Behandlung **wegen**	vom - bis
Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station	Behandlung **wegen**	vom - bis

Original und Durchschrift sind für den Rentenversicherungsträger bestimmt

Deutsche Rentenversicherung

R211

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

Fortsetzungsblatt

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

1 Angaben zur Person

Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum

zu 5. Beschäftigungsübersicht

Zeitraum vom - bis	Genaue Bezeichnung der Beschäftigung / Tätigkeit	Bezeichnung des Tarifvertrags Gehalts- / Lohngruppe	aufgegeben wegen (z. B. Krankheit, Kündigung)

zu 9. Ärztliche Behandlung

ambulante Behandlung

Arzt (Name, genaue Anschrift, Tel.-Nr.)	Behandlung **wegen**	vom - bis
Arzt (Name, genaue Anschrift, Tel.-Nr.)	Behandlung **wegen**	vom - bis
Arzt (Name, genaue Anschrift, Tel.-Nr.)	Behandlung **wegen**	vom - bis
Arzt (Name, genaue Anschrift, Tel.-Nr.)	Behandlung **wegen**	vom - bis

stationäre Krankenhausbehandlung

Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station	Behandlung **wegen**	vom - bis
Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station	Behandlung **wegen**	vom - bis
Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station	Behandlung **wegen**	vom - bis
Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station	Behandlung **wegen**	vom - bis