



# Ergänzungsblatt zur Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V

# R0811

## 1 Angaben zur Person des Rentenantragstellers

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

## zu Ziffer 4 Angaben zur Prüfung der Vorversicherungszeit

<p><b>4.3</b> Wie waren Sie bisher krankenversichert? - Angaben sind frühestens ab 1.1.1992 erforderlich. Bestand jedoch Ihre letzte Versicherung vor dem 1.1.1992, geben Sie diese bitte auch an. -</p> <p><b>Zeitraum vom - bis</b></p>
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
<b>Zeitraum vom - bis</b>
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
<b>Zeitraum vom - bis</b>
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
<b>Zeitraum vom - bis</b>
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
<b>Zeitraum vom - bis</b>
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine



noch Ziffer 4.3

<b>Zeitraum vom - bis</b>	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
<b>Zeitraum vom - bis</b>	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
<b>4.4 Weitere Kinder zu Ziffer 4.4 des Vordrucks R0810:</b>	
<b>Kind 3</b>	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Kindschaftsverhältnis	
<input type="checkbox"/> leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)	<input type="checkbox"/> volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
<b>Kind 4</b>	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Kindschaftsverhältnis	
<input type="checkbox"/> leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)	<input type="checkbox"/> volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
<b>Kind 5</b>	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Kindschaftsverhältnis	
<input type="checkbox"/> leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)	<input type="checkbox"/> volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
<b>Kind 6</b>	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Kindschaftsverhältnis	
<input type="checkbox"/> leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)	<input type="checkbox"/> volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind



**zu Ziffer 5 Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten**

Name	Vorname (Rufname)
Geburtsname	Versicherungsnummer des Verstorbenen
<b>5.4 Wie war der Verstorbene krankenversichert?</b> - Angaben frühestens vom 1.1.1992 an - <b>Zeitraum vom - bis</b>	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
<b>Zeitraum vom - bis</b>	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
<b>Zeitraum vom - bis</b>	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
<b>Zeitraum vom - bis</b>	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
<b>Zeitraum vom - bis</b>	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
<b>Zeitraum vom - bis</b>	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
<b>Zeitraum vom - bis</b>	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
<b>Zeitraum vom - bis</b>	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
<b>Zeitraum vom - bis</b>	



**5.5** Weitere Kinder zu Ziffer 5.5 des Vordrucks R0810:

**Kind 3**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

Stiefkind

Pflegekind

**Kind 4**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

Stiefkind

Pflegekind

**Kind 5**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

Stiefkind

Pflegekind

**Kind 6**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

Stiefkind

Pflegekind

