

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR Eingangsstempel der
Antrag aufnehmenden Stelle

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Eingangsstempel des
Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte - Rehabilitationsantrag

G0100

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund Sechstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VI und Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX 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 §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - 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).

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Blockschrift
(GROSSBUCHSTABEN) in schwarz oder blau

Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter **schriftlich** aufgefördert, diesen Antrag zu stellen?

nein

ja, die Krankenkasse

ja, die Agentur für Arbeit

ja, das Jobcenter

Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen!

1 Beantragte Leistung

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
(§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 folgende SGB IX)

**Anlage (Formular G0110)
bitte beifügen!**

stationär

ganztagig ambulant

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke
(§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 folgende SGB IX)

**Anlage (Formular G0110)
bitte beifügen!**

stationär

ganztagig ambulant

ambulant

Kombinationsbehandlungen

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation
(§ 15 oder § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI)

**Anlage (Formular G0110)
bitte beifügen, sofern Sie
keine Altersrente beziehen!**

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
(Berufliche Rehabilitation - § 16 SGB VI in Verbindung mit § 33 folgende SGB IX)

**Anlage (Formular G0130)
bitte beifügen!**

Kraftfahrzeughilfe
(§ 33 Absatz 8 Nummer 1 SGB IX)

**Anlagen (Formulare G0140,
G0141 und G0142) bitte
beifügen!**

Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind (§ 33 Absatz 8 Nummer 4 und 5 SGB IX)

**Anlagen (Formular G0133
und gegebenenfalls G0134
oder G0136) bitte beifügen!**



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

2 Angaben zur Person

Name								
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)								
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)								
Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)								
Vorname (Rufname)								
Geburtsname								
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)								
Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)								
frühere Namen								
Staatsangehörigkeit								
gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit		bis: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">Tag</td><td style="font-size: 8px;">Monat</td><td style="font-size: 8px;">Jahr</td></tr></table>				Tag	Monat	Jahr
Tag	Monat	Jahr						
Geburtsdatum	Geschlecht							
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich							
Geburtsort (Kreis, Land)								
Straße								
Hausnummer								
Adresszusatz								
Postleitzahl								
Wohnort								
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)								
Telefax (Angabe freiwillig)								
E-Mail (Angabe freiwillig)								
noch E-Mail (Angabe freiwillig)								



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

3 Angaben zum Familienstand und Beruf

3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)

0 ledig 1 verheiratet 2 geschieden 3 verwitwet

3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)

4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

(bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner)	<input type="checkbox"/> 1 Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student)	<input type="checkbox"/> 2 ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)
<input type="checkbox"/> 3 angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)	<input type="checkbox"/> 4 Facharbeiter	<input type="checkbox"/> 5 Meister, Polier
<input type="checkbox"/> 6 Angestellter	<input type="checkbox"/> 7 Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechts	<input type="checkbox"/> 8 Selbständiger

5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)	<input type="checkbox"/> 1 Ganztagsarbeit ohne Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 2 Ganztagsarbeit mit Wechselschicht / Akkord
<input type="checkbox"/> 3 Ganztagsarbeit mit Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 4 Teilzeitarbeit, weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 5 Teilzeitarbeit, mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit
<input type="checkbox"/> 6 ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann	<input type="checkbox"/> 7 arbeitslos gemeldet	<input type="checkbox"/> 8 Heimarbeit
<input type="checkbox"/> 9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen		

6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP)

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

0 nein 1 ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

Grid for insurance number

Grid for MSAT / MSNR

Grid for MSAT / MSNR

7 Krankenkasse

Name

Straße

Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

telefonisch tagsüber zu erreichen

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenversicherung

8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Name

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

Vorname (Rufname)

Straße

Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

telefonisch tagsüber zu erreichen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

9 Beiträge zur Sozialversicherung

9.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
9.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Staat	
vom	
Tag	Monat
Jahr	
bis	
Tag	Monat
Jahr	
9.3 Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Formular G0105 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen - bitte beifügen!

10 Bezug von Arbeitslosengeld II

Beziehen oder bezogen Sie im laufenden Kalenderjahr Arbeitslosengeld II?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte entsprechende Nachweise beifügen!

11 Beamteneigenschaft

Wird eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

12 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?	
Name des Rentenversicherungsträgers	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

13 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente

Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Knappschaftsausgleichsleistung)?	
Art der Leistung	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

14 Sonstige Angaben

14.1 Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls,
- Berufskrankheit,
- Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,
- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist,
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgtenleiden,
- Impfschaden?

Von welcher Stelle?

nein ja

Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

nein ja

14.2 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein ja, Formular R0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII - bitte beifügen.

Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

nein ja am

Tag	Monat	Jahr

Bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

14.3 Haben Sie **in den letzten 4 Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

Von welcher Stelle zuletzt?

nein ja

Aktenzeichen

Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr

vom bis



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

14.4 Haben Sie unmittelbar vor diesem Rehabilitationsantrag bereits bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Mutter-Kind-Leistungen / Vater-Kind-Leistungen (Vorsorge oder Rehabilitation) gestellt beziehungsweise sind solche Leistungen zuvor verordnet worden? (Vorhandene Unterlagen bitte beifügen!)

nein ja am

Tag	Monat	Jahr

Name der Krankenkasse

Aktenzeichen

15 Antragstellung durch eine andere Person

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

Vorname (Rufname)

Dienststelle

gegebenenfalls Aktenzeichen

in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter

Straße

Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Wohnort

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax (Angabe freiwillig)

E-Mail (Angabe freiwillig)

noch E-Mail (Angabe freiwillig)



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 15

für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 10 Ziffer 20)

Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit
der Versicherten / des Versicherten

ist beigefügt

wird nachgereicht

16 Bankverbindung

(die Angabe ist freiwillig, zugleich für eine Überweisung unverzichtbar)

IBAN (International Bank Account Number)

D E

Geldinstitut:

Name

Ort

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:

Name

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

Vorname (Rufname)

Straße

Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

17 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter
Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel
(zum Beispiel Rollstuhl, Führungshund oder Assistenzhund)?

nein ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

18 Dokumentenzugang

18.1 Per De-Mail

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach.

Mit der Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.

Meine De-Mail-Adresse lautet:

De-Mail
noch De-Mail

18.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder 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
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

19 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)

19.1 Einwilligungserklärung

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, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt, erhalten darf. 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 der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

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

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VII beziehungsweise der §§ 116, 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

19.2 Information

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **19.2**

Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter oder Rehabilitationseinrichtungen) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 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 nehme zur Kenntnis, dass

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenkassen.

19.3 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, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

20 Unterschrift

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:

- der Antragstellerin / des Antragstellers

oder

- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift

21 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse

Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt, benötigen wir das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und das Formular G0120 - AUD-Beleg - von der Krankenkasse auszufüllen - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation -.

21.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
21.2 AUD-Beleg ist beigelegt	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
Datum	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



MSAT/ MSNR

--

**Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die
behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind**

G0133

Name, Vorname	Geburtsdatum

Erstantrag Folgeantrag

1 Beantragte Leistung

Übernahme der Kosten für	
1.1 <input type="checkbox"/> orthopädische Sicherheitsschuhe	<input type="checkbox"/> orthopädische Arbeitsschuhe
1.2 <input type="checkbox"/> orthopädischen Fahrersitz für einen	<input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Lkw
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
1.3 <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzausstattung und Sonstiges	
zum Beispiel:	
<input type="checkbox"/> orthopädischer Bürostuhl	<input type="checkbox"/> _____
1.4 <input type="checkbox"/> berufsbedingten Mehrbedarf einer Hörhilfe	

Vor einer Bestellung / einem Kauf ist der Bescheid der Deutschen Rentenversicherung abzuwarten.

Haben Sie das Hilfsmittel beziehungsweise die technische Arbeitshilfe verbindlich bestellt oder bereits gekauft?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Zu Ziffer 1.1 - Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für orthopädische Sicherheitsschuhe / Arbeitsschuhe sind folgende Fragen zu beantworten:

Müssen Sie auch außerhalb des Arbeitsplatzes Schuhe mit orthopädischer Ausstattung tragen?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja: Werden die Kosten dafür gegebenenfalls von Ihrer Krankenkasse, der Berufsgenossenschaft oder von anderen Kostenträgern übernommen?
Von welcher Stelle?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist aufgrund der Fußfehlform oder Funktionseinschränkung im Bereich der Füße eine Behinderung, gegebenenfalls welcher Grad der Behinderung festgestellt worden?
Grad der Behinderung (GdB)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT/ MSNR

noch zu Ziffer 1.1

Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt?

nein ja

Wenn ja:

Hatten Sie schon einmal Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?

nein ja

Haben Sie Gefühlsstörungen an den Füßen?

nein ja

Sind bei Ihnen Durchblutungsstörungen der Beine bekannt?

nein ja

Wenn ja: Hatten Sie schon einmal Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?

nein ja

Sind Sie schon einmal an den Füßen operiert worden?

nein ja

Wenn ja, weshalb?

Bei Folgeanträgen: Ist der bisher bezuschusste orthopädische Fußschutz oder sind die orthopädischen Arbeitsschuhe noch gebrauchsfähig?

nein ja

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers (Formular G0134)
- Angebot eines Orthopädeschuhmachers
- Beim Erstantrag: Befundbericht des orthopädischen Facharztes (mit Trittspur auf Blaupapier mit Fußmaßen, bei Diabetesversorgungen oder orthopädischen Maßschuhen zusätzlich Foto der Füße und Befundbogen)
- Beim Folgeantrag: Fachärztliche Empfehlung mit Begründung

Zu Ziffer 1.2 - Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für einen orthopädischen Fahrersitz sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Bescheinigung des Arbeitgebers (Formular G0136)
- Fachärztliche Empfehlung mit Begründung
- Kostenvoranschlag mit ausführlicher Funktionsbeschreibung

Zu Ziffer 1.3 - Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für Arbeitsplatzausstattung und Sonstiges sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Fachärztliche Empfehlung mit Begründung
- Kostenvoranschlag mit ausführlicher Funktionsbeschreibung

Zu Ziffer 1.4 - Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für berufsbedingten Mehrbedarf einer Hörhilfe sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
 - Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe (Vorderseite und Rückseite)
 - Kostenvoranschlag und der Anpassbericht des Hörgeräteakustikers
- Angaben unter Ziffer 2 Arbeitsplatzbeschreibung sind nicht erforderlich.



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT/ MSNR

Grid for insurance number

Grid for license plate

Grid for MSAT/MSNR

2 Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird oder zuletzt verrichtet wurde)

Name und Anschrift des Arbeitgebers

beschäftigt seit

Art des Betriebes (zum Beispiel Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)

genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)

Arbeitshaltung

ständig überwiegend zeitweise

Grid for posture: stehend, gehend, sitzend, gebückt, etc.

Heben / Tragen

Art der Lasten:

Gewichte häufig bis kg gelegentlich bis kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

nein ja, folgende

weitere Bemerkungen

Arbeitsorganisation

Arbeitszeit: Stunden / Woche

Grid for work organization: Ganztagsarbeit, Teilzeitarbeit, etc.

regelmäßige Frühschicht / Spätschicht

regelmäßige Dreischicht nur Nachtschicht

starrer maschinengebundener Arbeitstakt

Einzelakkord Gruppenakkord

Beschreibung

Äußere Einflüsse

Grid for external influences: Kälte, Zugluft, Nässe, Hitze, etc.

Erschütterungen / Vibrationen Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?

hautreizende Stoffe, welche?

atemwegsreizende Stoffe, welche?

Grid for work environment: überwiegend im Freien, etc.

Berufliches Kraftfahren

Grid for professional driving: Pkw, Lkw, Baumaschinen, etc.

Sonstiges

außerordentliche Konzentration erforderlich

überwiegend Bildschirmarbeit besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT/ MSNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Gesundheitliche Probleme

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 Arztbehandlungen

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?		
Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5 Begutachtungen

Sind Sie in den letzten 12 Monaten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von der Agentur für Arbeit oder von einer anderen Stelle begutachtet worden?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und von welcher Stelle?
<input type="text"/>

6 Betriebsarzt / Personalarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen
Ist ein Betriebsarzt / Personalarzt vorhanden?
Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Personalarztes
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ich bin damit einverstanden, dass sich der Rentenversicherungsträger mit dem Betriebsarzt / Personalarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

7 Bereits gestellte Anträge

Haben Sie aktuell einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem anderen Leistungsträger gestellt (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft, Integrationsamt)?
Name und Anschrift des Leistungsträgers
Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="text"/>

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT/ MSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers zum Tragen von
Fußschutz (hier Sicherheitsschuhe nach DIN EN ISO 20345) oder
von Arbeitsschuhen**

G0134

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet

nein ja, bis

Das Beschäftigungsverhältnis ist gekündigt

nein ja, zum

Die Versicherte / der Versicherte ist verpflichtet, am Arbeitsplatz aufgrund geltender Unfallverhütungsvorschriften

Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) zu tragen.

nein ja

Arbeitsschuhe zu tragen. (Beantwortung von Ziffer 2 nicht erforderlich)

nein ja

2 **Sicherheitsschuhe** sind demnach - entsprechend dem Gefährdungsrisiko der Versicherten / des Versicherten am Arbeitsplatz - in folgender Ausführung notwendig: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Schuhform:

- A Halbschuh
- B Stiefel niedrig
- C Stiefel halbhoch
- D Stiefel hoch
- E Stiefel Oberschenkelhoch

Klassifizierung I Schuhe aus Leder oder anderen Materialien, mit Ausnahme von Vollgummischuhen oder Gesamtpolymerschuhen

Kategorie **Schutzfunktion**

- SB Schuhe mit Zehenkappe 200 Joule
- S1 zusätzlich: Geschlossener Fersenbereich, Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
- S2 wie S1, zusätzlich: Wasserdurchtritt, Wasseraufnahme
- S3 wie S2, zusätzlich: Durchtrittssicherheit, profilierte Laufsohle



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT/ MSNR

noch Ziffer 2

Klassifizierung II Schuhe vollständig geformt oder vulkanisiert (Gummistiefel, Polymerstiefel für den Nassbereich)

Kategorie **Schutzfunktion**

S4 Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich

S5 wie S4, zusätzlich: Durchtrittssicherheit, profilierte Laufsohle

Notwendige Zusatzanforderungen nach DIN EN ISO 20345

Symbol **Anforderung**

P Durchtrittssicherheit

A Antistatische Schuhe

HI Wärmeisolierung

CI Kälteisolierung

E Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich

WRU Wasserdurchtritt und Wasseraufnahme

HRO Verhalten gegenüber Kontaktwärme

3 Kosten für Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) / Arbeitsschuhe

Die Kosten für ein Paar Sicherheitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung in der oben genannten Ausführung betragen

_____ EUR einschließlich Mehrwertsteuer.

Die Kosten für ein Paar Arbeitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung betragen

_____ EUR einschließlich Mehrwertsteuer.

4 Nur bei Folgeanträgen (Ersatzbeschaffungen) angeben:

Die von der Versicherten / dem Versicherten bisher genutzten Sicherheitsschuhe oder Arbeitsschuhe sind

weiter gebrauchsfähig.

nicht weiter gebrauchsfähig.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen

