

|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |
|                     |                                 |



**Deutsche  
Rentenversicherung**

|             |                                                   |
|-------------|---------------------------------------------------|
| MSAT / MSNR | Eingangsstempel der<br>Antrag aufnehmenden Stelle |
|             |                                                   |

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| Eingangsstempel des<br>Rentenversicherungsträgers |
|                                                   |

## Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte - Rehabilitationsantrag

# G0100

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und Neunten Buches Sozialgesetzbuch 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 Druckschrift  
in schwarz oder blau

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

☐ nein    ☐ ja, die Krankenkasse    ☐ ja, die Agentur für Arbeit    ☐ ja, das Jobcenter

**Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen!**

### 1 Beantragte Leistung

|                                                                                                                                 |                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation                                                            | Anlage (Formular G0110)<br>bitte beifügen!                                           |
| <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant                                                  |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke                                    | Anlage (Formular G0110)<br>bitte beifügen!                                           |
| <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant <input type="checkbox"/> ambulant                |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlungen                                                                               |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur onkologischen Rehabilitation                                                            | Anlage (Formular G0110)<br>bitte beifügen, sofern Sie<br>keine Altersrente beziehen! |
| <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant                                                  |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)                                    | Anlage (Formular G0130)<br>bitte beifügen!                                           |
| <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeughilfe                                                                                     | Anlagen (Formulare G0140,<br>G0141 und G0142) bitte<br>beifügen!                     |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind | Anlagen (Formular G0133<br>und gegebenenfalls G0134<br>oder G0136) bitte beifügen!   |



|                     |                                 |             |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|                     |                                 |             |

## 2 Angaben zur Person

|                                                                                                                            |  |  |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------|
| Name                                                                                                                       |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| Vorname (Rufname)                                                                                                          |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)                                                                                    |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)                                                                            |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)                                                                                           |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| Geburtsname                                                                                                                |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)                                                                   |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)                                                                     |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| frühere Namen                                                                                                              |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| Staatsangehörigkeit                                                                                                        |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit                                                                                 |  |  | Tag    Monat    Jahr |
|                                                                                                                            |  |  | bis                  |
| Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)                                                                                            |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> geschlechtsneutral |  |  |                      |
| Geburtsort                                                                                                                 |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| Geburtsland                                                                                                                |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| Wohnort in <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> einem anderen Land                                |  |  |                      |
| Land                                                                                                                       |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| Straße, Hausnummer                                                                                                         |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| noch Straße, Hausnummer                                                                                                    |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| Adresszusatz                                                                                                               |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| Postleitzahl, Wohnort                                                                                                      |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |
| noch Postleitzahl, Wohnort                                                                                                 |  |  |                      |
|                                                                                                                            |  |  |                      |



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

noch Ziffer 2

|                                                       |                      |
|-------------------------------------------------------|----------------------|
| telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) | <input type="text"/> |
| Telefax (Angabe freiwillig)                           | <input type="text"/> |

### 3 Angaben zum Familienstand und Beruf

|                                                                                                                |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes) |                                    |
| <input type="text"/> 0 ledig                                                                                   | <input type="text"/> 1 verheiratet |
| <input type="text"/> 2 geschieden                                                                              | <input type="text"/> 3 verwitwet   |
| 3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)               |                                    |
| <input type="text"/>                                                                                           |                                    |

### 4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

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

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

### 5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

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



|                     |                                 |             |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|                     |                                 |             |

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

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

☐ 0 nein ☐ 1 ja

## 7 Krankenkasse

|                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name                                                                                                   |
| Straße, Hausnummer                                                                                     |
| noch Straße, Hausnummer                                                                                |
| Adresszusatz                                                                                           |
| Postleitzahl, Ort                                                                                      |
| noch Postleitzahl, Ort                                                                                 |
| telefonisch tagsüber zu erreichen                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung |

## 8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

|                                                 |
|-------------------------------------------------|
| Name                                            |
| Vorname (Rufname)                               |
| Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)         |
| Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) |
| Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)                |
| Straße, Hausnummer                              |
| noch Straße, Hausnummer                         |
| Adresszusatz                                    |
| Postleitzahl, Ort                               |
| noch Postleitzahl, Ort                          |
| telefonisch tagsüber zu erreichen               |





|                     |                                 |             |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(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?

☐ nein ☐ ja

Von welcher Stelle?

Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ nein ☐ ja

Bei welcher Stelle?

**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?

☐ nein ☐ ja

Von welcher Stelle zuletzt?

Aktenzeichen

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

 vom 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

 bis 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |



|                     |                                 |             |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(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 andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen**

Name / Dienststelle

Vorname (Rufname)

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

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

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

gegebenenfalls Aktenzeichen

Wohnort in ☐ Deutschland ☐ einem anderen Land

Land

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl, Wohnort

noch Postleitzahl, Wohnort

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax (Angabe freiwillig)

Der Antrag wird gestellt in der Eigenschaft als

☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter



|                     |                                 |             |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|                     |                                 |             |

## noch Ziffer 15

für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 10 Ziffer 19.1)

Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit  
der Versicherten / des Versicherten

☐

ist beigelegt

☐

wird nachgereicht

## 16 Bankverbindung

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

IBAN (International Bank Account Number)

D E

Name des Geldinstituts

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:

Name

Vorname (Rufname)

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl, Wohnort

noch Postleitzahl, Wohnort

## 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, Führhund oder Assistenzhund)?

☐

nein

☐

ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:





|                     |                                 |             |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|                     |                                 |             |

## 18 Dokumentenzugang

### 18.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

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



|                     |                                 |             |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|                     |                                 |             |

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

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

### 19.1 Einwilligungserklärung

**Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Einrichtungen und Sozialleistungsträgern, die ich im Antrag angegeben habe und die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, sowie vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, 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.

**Ich willige ein**, dass vom Rentenversicherungsträger beim Rehabilitationsverfahren im Sinne der §§ 15, 19 und 20 SGB IX im Rahmen einer gegebenenfalls durchzuführenden Teilhabekonferenz Sozialdaten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden dürfen, deren Erforderlichkeit zum Zeitpunkt der Durchführung der Teilhabekonferenz nicht abschließend bewertet werden kann (§ 23 Absatz 2 SGB IX).

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**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

### 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.

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).



|                                                                                 |                                                                                 |                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Versicherungsnummer                                                             | Kennzeichen<br>(soweit bekannt)                                                 | MSAT / MSNR                                                                     |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> |

noch Ziffer **19.2**

**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

\_\_\_\_\_  
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.

|                                                                                                                                                                                                                 |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>21.1</b> Name der Krankenkasse                                                                                                                                                                               | Institutionskennzeichen |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>                                                                                                                                 |                         |
| <b>21.2</b> AUD-Beleg ist beigefügt                                                                                                                                                                             |                         |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                       |                         |
| Stempel der Krankenkasse, Unterschrift <div style="position: absolute; bottom: 10px; right: 10px;">           Datum<br/> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> </div> |                         |





Versicherungsnummer

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



**Deutsche  
Rentenversicherung**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Hinweis:** Der Antrag ist vor dem Kauf beziehungsweise vor der verbindlichen Bestellung zu stellen.

Haben Sie das Hilfsmittel beziehungsweise die technische Arbeitshilfe verbindlich bestellt oder bereits gekauft?

☐ nein ☐ ja

**1 Beantragte Leistung**

Orthopädische Ausstattung von Fußschutz / Arbeitsschuhen

**Hinweis:** Handelt es sich um einen Folgeantrag, bitte Formular G0135 verwenden!

☐ maßgefertigte Einlagen

☐ Maßschuhe

☐ Zurichtungen

☐ semiorthopädische  
Schuhe / Modulschuhe

**bitte Ziffer 2 und 5 bis 10  
ausfüllen!**

☐ Berufsbedingter Mehrbedarf bei Hörhilfen

**bitte Ziffer 3 beachten und  
Ziffern 5 bis 10 ausfüllen!**

☐ Sonstige Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen

**bitte Ziffer 4 beachten und  
Ziffern 5 bis 10 ausfüllen!**

Art: \_\_\_\_\_

**2 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz / für Arbeitsschuhe sind folgende Fragen zu beantworten:**

Müssen Sie auch außerhalb des Arbeitsplatzes Schuhe mit orthopädischer Ausstattung tragen?

☐ nein ☐ ja

**Wenn ja:** Werden die Kosten dafür gegebenenfalls von Ihrer Krankenkasse, der Berufsgenossenschaft oder von anderen Kostenträgern übernommen?

Von welcher Stelle?

☐ nein ☐ ja \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt?

☐ nein ☐ ja

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

☐ nein ☐ ja



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Versicherungsnummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Kennzeichen<br>(soweit bekannt)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | MSAT / MSNR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> </div> |

noch Ziffer 2

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?

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)

- Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers (Formular G0134)

- Angebot eines Orthopädeschuhmachers

- Befundbericht eines Orthopäden, Diabetologen oder Rheumatologen

- Trittspur auf Blaupapier mit Fußmaßen oder Nachweis in einer vergleichbaren Bildgebung

- bei Diabetesversorgungen oder orthopädischen Maßschuhen zusätzlich Foto der Füße und Befundbogen eines Orthopädeschuhmachers

3 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für berufsbedingten Mehrbedarf bei Hörhilfen 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 5 Arbeitsplatzbeschreibung sind nicht erforderlich.

4 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für sonstige Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)

- Fachärztliche Empfehlung mit Begründung und konkreter Diagnose

- Kostenvoranschlag mit ausführlicher Funktionsbeschreibung

5 Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird)

Name und Anschrift des Arbeitgebers

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

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

Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet

☐ nein ☐ ja, bis \_\_\_\_\_

Das Beschäftigungsverhältnis ist gekündigt

☐ nein ☐ ja, zum \_\_\_\_\_



|                     |                                 |             |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|                     |                                 |             |

noch Ziffer 5

|                        |                          |                          |                          |                                                                     |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Arbeitshaltung</b>  |                          |                          | <b>Heben / Tragen</b>    |                                                                     |
|                        | ständig                  | überwiegend              | zeitweise                | Art der Lasten:                                                     |
| stehend                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                                                               |
| gehend                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                                                               |
| sitzend                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg              |
| gebückt                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?                          |
| Arme über Brusthöhe    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende |
| kniend / hockend       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | weitere Bemerkungen                                                 |
| auf Gerüsten / Leitern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                                                               |

  

|                                                                              |                                                           |                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Arbeitsorganisation</b>                                                   | <b>Äußere Einflüsse</b>                                   | <b>Berufliches Kraftfahren</b>                                                                |
| Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche                                           | <input type="checkbox"/> Kälte, Zugluft, Nässe            | <input type="checkbox"/> Pkw                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Ganztagsarbeit                                      | <input type="checkbox"/> Hitze                            | <input type="checkbox"/> Lkw                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit                                      | <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung          | <input type="checkbox"/> Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge                                    |
| <input type="checkbox"/> andere Arbeitszeitmodelle                           | <input type="checkbox"/> Rauchentwicklung                 | <input type="checkbox"/> Personenbeförderung                                                  |
| _____                                                                        | <input type="checkbox"/> starker Lärm                     | <input type="checkbox"/> Gefahrguttransport                                                   |
| <input type="checkbox"/> regelmäßige Frühschicht / Spätschicht               | <input type="checkbox"/> Lärmschutz muss getragen werden  | <b>Sonstiges</b>                                                                              |
| <input type="checkbox"/> regelmäßige Dreischicht                             | <input type="checkbox"/> Erschütterungen / Vibrationen    | <input type="checkbox"/> außerordentliche Konzentration erforderlich                          |
| <input type="checkbox"/> nur Nachtschicht                                    | <input type="checkbox"/> Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?   | <input type="checkbox"/> überwiegend Bildschirmarbeit                                         |
| <input type="checkbox"/> starrer maschinengebundener Arbeitstakt             | <input type="checkbox"/> hautreizende Stoffe, welche?     | <input type="checkbox"/> besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit) |
| <input type="checkbox"/> Einzelakkord <input type="checkbox"/> Gruppenakkord | <input type="checkbox"/> atemwegsreizende Stoffe, welche? |                                                                                               |
| Beschreibung _____                                                           | <input type="checkbox"/> überwiegend im Freien            |                                                                                               |
| Arbeitsweise                                                                 | <input type="checkbox"/> überwiegend in Rohbauten         |                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Außendienst zu _____ %                              | <input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt  |                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Innendienst zu _____ %                              |                                                           |                                                                                               |

## 6 Gesundheitliche Probleme

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Versicherungsnummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Kennzeichen<br>(soweit bekannt)                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | MSAT / MSNR                                                                                                                                                                                                                              |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div> |

noch Ziffer 6

Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?

☐ nein
☐ ja

|                     |                      |             |      |
|---------------------|----------------------|-------------|------|
| Art der Behinderung | Grad der Behinderung | Merkzeichen | seit |
|                     |                      |             |      |

7 Arztbehandlungen

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?

|                             |              |            |
|-----------------------------|--------------|------------|
| Name, Vorname und Anschrift | Fachrichtung | Erkrankung |
|                             |              |            |
|                             |              |            |
|                             |              |            |

8 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?

☐ nein
☐ ja, wann und von welcher Stelle?

9 Betriebsarzt / Werksarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

☐ nein
☐ ja, wegen

Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Werksarztes

☐ nein
☐ ja

9.1 Ich willige ein, dass sich der Rentenversicherungsträger mit dem Betriebsarzt / Werksarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt.

☐ nein
☐ ja

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

10 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

☐ nein
☐ ja

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers







# Deutsche Rentenversicherung

MSAT/ MSNR

1 2 3

## 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                                                                                                  |
|                                                   | <div style="text-align: center;">                          <br/>             _ _ . _ _ _ _ _           </div> |

|                          |                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b>                 | Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> | nein                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | ja, bis                                                                                                                                                                                            |
|                          | Das Beschäftigungsverhältnis ist gekündigt                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> | nein                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | ja, zum                                                                                                                                                                                            |
|                          | Die Versicherte / der Versicherte ist verpflichtet, am Arbeitsplatz aufgrund geltender Unfallverhütungsvorschriften                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) zu tragen.                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | nein                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | ja                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | Arbeitsschuhe zu tragen. (Beantwortung von Ziffer 2 nicht erforderlich)                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> | nein                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | ja                                                                                                                                                                                                 |
| <b>2</b>                 | <b>Sicherheitsschuhe</b> sind demnach - entsprechend dem Gefährdungsrisiko der Versicherten / des Versicherten am Arbeitsplatz - in folgender Ausführung notwendig: (Zutreffendes bitte ankreuzen) |
| <b>Schuhform:</b>        |                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | A Halbschuh                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> | B Stiefel niedrig                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | C Stiefel halbhoch                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | D Stiefel hoch                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | E Stiefel Oberschenkelhoch                                                                                                                                                                         |
| <b>Klassifizierung I</b> | Schuhe aus Leder oder anderen Materialien, mit Ausnahme von Vollgummischuhen oder Gesamtpolymerschuhen                                                                                             |
| <b>Kategorie</b>         | <b>Schutzfunktion</b>                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | SB Schuhe mit Zehenkappe 200 Joule                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | S1 zusätzlich: Geschlossener Fersenbereich, Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | S2 wie S1, zusätzlich: Wasserdurchtritt, Wasseraufnahme                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> | S3 wie S2, zusätzlich: Durchtrittssicherheit, profilierte Laufsohle                                                                                                                                |



|                     |                                 |            |
|---------------------|---------------------------------|------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) | MSAT/ MSNR |
|                     |                                 |            |

noch Ziffer 2

|                                                                                                                    |                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Klassifizierung II</b>                                                                                          | Schuhe vollständig geformt oder vulkanisiert (Gummistiefel, Polymerstiefel für den Nassbereich) |
| <b>Kategorie</b>                                                                                                   | <b>Schutzfunktion</b>                                                                           |
| <input type="checkbox"/> S4                                                                                        | Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich                                            |
| <input type="checkbox"/> S5                                                                                        | wie S4, zusätzlich: Durchtrittssicherheit, profilierte Laufsohle                                |
| <b>Notwendige Zusatzanforderungen nach DIN EN ISO 20345</b>                                                        |                                                                                                 |
| <b>Symbol</b>                                                                                                      | <b>Anforderung</b>                                                                              |
| <input type="checkbox"/> P                                                                                         | Durchtrittssicherheit                                                                           |
| <input type="checkbox"/> A                                                                                         | Antistatische Schuhe                                                                            |
| <input type="checkbox"/> HI                                                                                        | Wärmeisolierung                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> CI                                                                                        | Kälteisolierung                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> E                                                                                         | Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich                                                        |
| <input type="checkbox"/> WRU                                                                                       | Wasserdurchtritt und Wasseraufnahme                                                             |
| <input type="checkbox"/> HRO                                                                                       | Verhalten gegenüber Kontaktwärme                                                                |
| <b>3 Kosten für Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) / Arbeitsschuhe</b>                                            |                                                                                                 |
| 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.                                                                           |                                                                                                 |
| <b>4 Nur bei Folgeanträgen (Ersatzbeschaffungen) angeben:</b>                                                      |                                                                                                 |
| Die von der Versicherten / dem Versicherten bisher genutzten Sicherheitsschuhe oder Arbeitsschuhe sind             |                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                                                           | weiter gebrauchsfähig.                                                                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                           | nicht weiter gebrauchsfähig.                                                                    |

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen

