

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 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

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



Versicherungsnummer	Kennzeichen (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 ☐ männlich ☐ weiblich ☐ geschlechtsneutral			
Geburtsort			
Geburtsland			
Wohnort in ☐ Deutschland ☐ einem anderen Land			
Land			
Straße, Hausnummer			
noch Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl, Wohnort			
noch Postleitzahl, Wohnort			



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer 2

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Telefax (Angabe freiwillig)	

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)

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

5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

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



Versicherungsnummer	Kennzeichen (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
☐ Gesetzliche Krankenkasse ☐ 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 (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

9 Beiträge zur Sozialversicherung

9.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

☐ nein ☐ ja

9.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

☐ nein ☐ ja

Staat

Tag

Monat

Jahr

vom

Tag

Monat

Jahr

bis

9.3 Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?

☐ nein ☐ 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?

☐ nein ☐ 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?

☐ nein ☐ ja

12 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ nein ☐ ja

Name des Rentenversicherungsträgers

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)?

☐ nein ☐ ja

Art der Leistung



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?

☐ 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 (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 (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 (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 (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. 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 (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

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.

21.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
21.2 AUD-Beleg ist beigefügt	
☐ nein ☐ ja	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift Datum 	



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 (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

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 Orthopädienschuhmachers - 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 Orthopädienschuhmachers

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 (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer 5

Arbeitshaltung

ständig überwiegend zeitweise

stehend

gehend

sitzend

gebückt

Arme über Brusthöhe

kniend / hockend

auf Gerüsten / Leitern

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

Ganztagsarbeit

Teilzeitarbeit

andere Arbeitszeitmodelle

regelmäßige Frühschicht / Spätschicht

regelmäßige Dreischicht

nur Nachtschicht

starrer maschinengebundener Arbeitstakt

Einzelakkord

Gruppenakkord

Beschreibung

Arbeitsweise

Außendienst zu %

Innendienst zu %

Äußere Einflüsse

Kälte, Zugluft, Nässe

Hitze

starke Staubentwicklung

Rauchentwicklung

starker Lärm

Lärmschutz muss getragen werden

Erschütterungen / Vibrationen

Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?

hautreizende Stoffe, welche?

atemwegsreizende Stoffe, welche?

überwiegend im Freien

überwiegend in Rohbauten

überwiegend witterungsgeschützt

Berufliches Kraftfahren

Pkw

Lkw

Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge

Personenbeförderung

Gefahrguttransport

Sonstiges

außerordentliche Konzentration erforderlich

überwiegend Bildschirmarbeit

besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)

6 **Gesundheitliche Probleme**

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

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 4

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

