



Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe

Bei erstmaligem Antrag bitte dem Facharzt für Orthopädie vorlegen!

Versicherungsnummer

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht wird eine Gebühr von 28,44 EUR (inklusive Schreibgebühr, Fotokopien und Porto) erstattet.

Angaben zur Person

Name	Vorname (Rufname bitte unterstreichen)	Geburtsname
Geburtsdatum	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	
Beruf (Bitte genaue Arbeitsplatzbeschreibung beifügen!)		
Maßangaben		
Gewicht	_____ kg	Größe _____ cm

Beschwerden und Funktionseinschränkungen aktuell

Diagnosen:

Beschreiben Sie bitte ausführlich die bestehenden Funktionseinschränkungen und / oder Schmerzsymptomatik.
Bitte Befunde beifügen

Durch welche Versorgung können diese gebessert werden?

Falls vorhanden, bitte Unterlagen zur bisherigen Diagnostik (z. B. Bilder, Pedographie, Ganganalyse usw.) beifügen.

bitte wenden

Wurden bereits früher orthopädische Schuhe bzw. Einlagen zu Lasten der Krankenkasse verordnet?

nein

ja, wann _____

Welche Besonderheiten bzw. Veränderungen am Sicherheitsschuh sind medizinisch notwendig?

antistatische Einlagen

Verkürzungsausgleich

Ballenpolster

Schmetterlingsrolle

sonstiges

Falls Maßschuhe verordnet werden: Warum reichen Baumusterschuhe nicht aus?

Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers: ja nein

Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen erbeten: ja nein

ausstellende Ärztin / ausstellender Arzt		Zulassungsnummer
Name, Vorname		Telefon
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	
Bankverbindung		Bank Identifier Code
International Bank Account Number		BIC
IBAN		
D	E	
Ort, Datum		Stempel und Unterschrift

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

<input type="checkbox"/>	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztätig ambulant	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/>	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztätig ambulant <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlungen	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/>	Leistungen zur onkologischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztätig ambulant	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen!
<input type="checkbox"/>	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)	Anlage (Formular G0130) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/>	Kraftfahrzeughilfe	Anlagen (Formulare G0140, G0141 und G0142) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/>	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
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)		bis
Geburtsort		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> geschlechtsneutral
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 (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)			
<input type="checkbox"/> 0 ledig	<input type="checkbox"/> 1 verheiratet	<input type="checkbox"/> 2 geschieden	<input type="checkbox"/> 3 verwitwet
3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)			

4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

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

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

5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

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



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
<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
(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 _____

vom _____ bis _____

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

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

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 <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> 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
---------------------	---------------------------------	-------------

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										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">21.2 AUD-Beleg ist beigefügt</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> </table>		21.2 AUD-Beleg ist beigefügt		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja							
21.2 AUD-Beleg ist beigefügt											
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja											
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift <div style="float: right; margin-top: 20px;"> Datum <table style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10px;"></td> <td style="width: 10px;"></td> <td style="width: 10px;"></td> <td style="width: 10px;"></td> <td style="width: 10px;"></td> <td style="width: 10px;"></td> <td style="width: 10px;"></td> <td style="width: 10px;"></td> <td style="width: 10px;"></td> <td style="width: 10px;"></td> </tr> </table> </div>											



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

--	--	--	--

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)

G0130

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

1 Schulausbildung

<input type="checkbox"/> Hauptschule / Polytechnische Oberschule (8 Klassen)	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Realschule (Mittelschule) / Polytechnische Oberschule (10 Klassen)	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Gymnasium / Erweiterte Oberschule	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Gesamtschule	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Sonstige Schule <small>Art der Schule</small>	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Berufsschule / Berufsfachschule / Berufsaufbauschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachoberschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachhochschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Hochschule / Universität	Schuljahre oder Semester von - bis
Erreichte Schulabschlüsse oder Art der abgelegten Prüfungen	

2 Berufsausbildung

2.1 Welche Berufsausbildung haben Sie?		
Berufsausbildung als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
Berufsausbildung als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
2.2 Abgebrochene Berufsausbildung		
als	warum abgebrochen?	am



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR
---------------------------------	-------------

2.3 Anlernberuf		
als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung

2.4 Sind Sie schon einmal umgeschult worden?	
Umschulungsberuf	von - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung?	
Wurde die Umschulung erfolgreich beendet?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wer war Kostenträger (zum Beispiel Agentur für Arbeit)?	Aktenzeichen
Wo erfolgte die Umschulung (zum Beispiel Berufsförderungswerk)?	

2.5 Haben Sie an Lehrgängen, Fernlehrgängen oder Kursen teilgenommen?	
Art und Zeitraum	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wurden die Lehrgänge, Fernlehrgänge oder Kurse erfolgreich beendet?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
2.6 Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?	
Sprache und Beherrschungsgrad	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

3 Bisher ausgeübte Tätigkeiten

von - bis	Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung)	Aufgegeben wegen (zum Beispiel Krankheit oder Kündigung)

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

Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt seit	Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb
Art des Betriebes (zum Beispiel Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)		
genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)		
ausgeübt von - bis	beendet wegen	
Arbeit suchend gemeldet?	bei welcher Agentur für Arbeit?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 4

Arbeitslos gemeldet?

bei welcher Agentur für Arbeit?

nein ja, am

Wird eine Weiterbeschäftigung oder Wiederbeschäftigung beim derzeitigen oder letzten Arbeitgeber gewünscht?

nein ja, gegebenenfalls Wünsche zur innerbetrieblichen Umsetzung:

Arbeitshaltung

Heben / Tragen

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"/>
gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kniend / hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Gerüsten / Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

nein ja, folgende

weitere Bemerkungen

Arbeitsorganisation

Äußere Einflüsse

Berufliches Kraftfahren

Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche

- Ganztagsarbeit
- Teilzeitarbeit
- andere Arbeitszeitmodelle

- 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

- Pkw
- Lkw
- Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge
- Personenbeförderung
- Gefahrguttransport

Sonstiges

- Publikumsverkehr
- häufige Reisetätigkeit
- Auswärts-Montage
- Mitarbeiterführung
- erhöhte Unfallgefahr
- außerordentliche Konzentration erforderlich
- lange Anfahrtszeiten
- _____ Minuten
- keine geregelten Pausen
- überwiegend Bildschirmarbeit
- besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)

regelmäßige Frühschicht / Spätschicht

regelmäßige Dreischicht
 nur Nachtschicht
 starrer maschinengebundener Arbeitstakt

Einzelakkord Gruppenakkord
Beschreibung



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

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

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

noch Ziffer 4

Warum glauben Sie, die bisherige Arbeit nicht mehr verrichten zu können - gesundheitliche beziehungsweise andere Gründe -? Bitte Beschwerden angeben.

Mit welchen Leistungen könnte die Deutsche Rentenversicherung Ihnen nach Ihrer Meinung helfen?

5 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von - bis	wegen
	_____	_____
	_____	_____

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Bluthochdruck, Herzerkrankung, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?

nein ja, Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe:

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

nein ja

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

6 Arztbehandlungen

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?		
Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

7 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?

8 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 _____

8.1 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 Versicherten / des Versicherten

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

9 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)?

Name und Anschrift des Leistungsträgers

nein ja _____

Ort, Datum

Unterschrift



Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt)
-------------------------	-------------------------------------

**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 <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
2	Sicherheitsschuhe sind demnach - entsprechend dem Gefährdungsrisiko der Versicherten / des Versicherten am Arbeitsplatz - in folgender Ausführung notwendig: (Zutreffendes bitte ankreuzen)
	Schuhform:
<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
	Klassifizierung I Schuhe aus Leder oder anderen Materialien, mit Ausnahme von Vollgummischuhen oder Gesamtpolymerschuhen
	Kategorie Schutzfunktion
<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
(soweit bekannt)

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: Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle

Notwendige Zusatzanforderungen nach DIN EN ISO 20345

Symbol **Anforderung**

P Durchtrittsicherheit

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