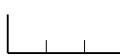


Versicherungsnummer  Kennzeichen (soweit bekannt) 



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

Erstantrag Folgeantrag

1 Beantragte Leistung

Übernahme der Kosten für

1.1 orthopädische Sicherheitsschuhe orthopädische Arbeitsschuhe

1.2 orthopädischen Fahrersitz für einen Pkw Lkw

Sonstiges: _____

1.3 Arbeitsplatzausstattung und Sonstiges

zum Beispiel:

orthopädischer Bürostuhl

1.4 berufsbedingten Mehrbedarf einer Hörhilfe

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

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

nein ja

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

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

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 aufgrund der Fußfehlform oder Funktionseinschränkung im Bereich der Füße eine Behinderung, gegebenenfalls welcher Grad der Behinderung festgestellt worden?

Grad der Behinderung (GdB)

nein ja



noch zu Ziffer 1.1

Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt?

 nein ja**Wenn ja:**

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

 nein ja

Haben Sie Gefühlsstörungen an den Füßen?

 nein ja

Sind bei Ihnen Durchblutungsstörungen der Beine bekannt?

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

Sind Sie schon einmal an den Füßen operiert worden?

 nein ja**Wenn ja**, weshalb?**Bei Folgeanträgen:** Ist der bisher bezuschusste orthopädische Fußschutz oder sind die orthopädischen Arbeitsschuhe noch gebrauchsfähig? nein ja**Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:**

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

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

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

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

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

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

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



| Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT/ MSNR

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

Name und Anschrift des Arbeitgebers		beschäftigt seit		
Art des Betriebes (zum Beispiel Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)				
genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)				
Arbeitshaltung		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"/>	Gewichte häufig bis kg gelegentlich bis kg
kniend / hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?
auf Gerüsten / Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende
				weitere Bemerkungen
Arbeitsorganisation		Äußere Einflüsse	Berufliches Kraftfahren	
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"/>	Lärmschutz muss getragen werden	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Erschütterungen / Vibrationen	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	hautreizende Stoffe, welche?	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	atmwegsreizende Stoffe, welche?	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	überwiegend im Freien	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	überwiegend in Rohbauten	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	überwiegend witterungsgeschützt	<input type="checkbox"/>	
Beschreibung				



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT/ MSNR**3 Gesundheitliche Probleme**

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

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

 nein ja

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit

4 Arztbehandlungen

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

Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

5 Begutachtungen

Sind Sie in den letzten 12 Monaten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von der Agentur für Arbeit oder von einer anderen Stelle begutachtet worden?

 nein ja, wann und von welcher Stelle?**6 Betriebsarzt / Personalarzt**

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

 nein ja, wegen

Ist ein Betriebsarzt / Personalarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Personalarztes

 nein ja

Ich bin damit einverstanden, dass sich der Rentenversicherungsträger mit dem Betriebsarzt / Personalarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

 nein ja**7 Bereits gestellte Anträge**

Haben Sie aktuell einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem anderen Leistungsträger gestellt (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft, Integrationsamt)?

Name und Anschrift des Leistungsträgers

Aktenzeichen

 nein ja

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

