

## Vorgehensweise für Kunden bei Kostenangeboten an die Rentenversicherung

- Reichen Sie bitte ein Rezept vom Arzt, eine Notwendigkeitsbescheinigung (G134) des Arbeitgebers sowie die folgenden Formulare ein:  
Bei Erstversorgung: G100, G130 und G133  
Bei Folgeversorgung: G135
- Mit den kompletten Unterlagen wird ein Kostenangebot an die Rentenversicherung gestellt
- **WICHTIG:** Wir bekommen keine Genehmigung von der Rentenversicherung. Diese wird an Sie privat übersendet. Sobald Ihnen die Genehmigung vorliegt, reichen Sie diese bitte bei uns ein.
- **INFO:** Der Schuh muss nach BGR 191 geprüft sein. Dies erkennen Sie an folgenden Prüfzeichen:



Vielen Dank.

**SPORTHOPÄDIE®**  
**Rosenbach** GmbH

**56068 Koblenz** | **56743 Mendig**  
J.-Görres-Platz 9 | Bahnstr. 33  
Tel. (02 61) 33 0 99 | Tel. (026 52) 52 94 03  
[www.orthopaedie-rosenbach.de](http://www.orthopaedie-rosenbach.de)  
Die große Auswahl in Rheinland-Pfalz

## Einlagen und Zurichtungen für Arbeitssicherheitsschuhe

Bestimmte Sicherheitsschuhe werden einer sogenannten Baumusterprüfung (DGUV 112-191) unterzogen. Diese werden von dem Hersteller für orth. Einlagen freigegeben. Allerdings wird von jedem Hersteller das Material vorgegeben.

Durch ein Prüfkennzeichen am Schuhkarton erkennt man, dass diese Schuhe für orth. Einlagen freigegeben sind. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen orth. Einlagen und Schuhveränderungen an Sicherheitsschuhen nicht. Daher muss ein Antrag an die Rentenversicherung (LVA) mit einem Kostenangebot gestellt werden. Zu diesem Kostenangebot benötigen wir eine Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers G134, ein Rezept vom Arzt sowie die Formulare G100, G130 und G133. Die Formulare sind bei der Firma Rosenbach als Ausdruck oder digital erhältlich.

Das Rezept des Arztes muss nicht auf die Rentenversicherung ausgestellt sein. Allerdings muss vermerkt werden, dass es sich um spezielle Einlagen für Sicherheitsschuhe handelt.

### Verordnungsvorschlag:

1 Paar orthopädische Fußbettungen nach Abdruck  
Sonderanfertigung für Sicherheitsschuhe  
\*ggf. sowie 1 Paar Sicherheitsschuhe

### Prüfungskennzeichen:



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

<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            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  
(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: 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

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).

Sie können diesen Antrag auch elektronisch auf [www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0100](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0100) stellen.

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**

Bitte den Befundbericht (Formular S0051) und die Honorarabrechnung (Formular S0050) beifügen.

<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Bitte Formular G0110 beifügen!
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen	Bitte Formular G0110 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	Bitte Formular G0110 (sofern Sie keine Altersrente beziehen) und das Formular S0052 beifügen!
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant	
<input checked="" type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)	Bitte Formular G0130 beifügen!
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeughilfe	Bitte die Formulare G0140 und G0142 beifügen!
<input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind	Bitte die Formulare G0133 und gegebenenfalls G0134 beifügen!



Versicherungsnummer
---------------------

## 2 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Geburtsname		frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers		
Geburtsort		Geburtsland	
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl	Wohnort		
Land			
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Telefax (Angabe freiwillig)	

## 3 Angaben zum Familienstand und Beruf

<b>3.1 Familienstand</b> (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
<b>3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf</b> (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



Versicherungsnummer

### 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 <b>ohne</b> Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 2	Ganztagsarbeit <b>mit</b> Wechselschicht / Akkord
<input type="checkbox"/> 3	Ganztagsarbeit <b>mit</b> Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 4	Teilzeitarbeit, <b>weniger</b> als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 5	Teilzeitarbeit, <b>mindestens</b> die Hälfte der üblichen Arbeitszeit
<input type="checkbox"/> 6	ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann	<input type="checkbox"/> 7	arbeitslos gemeldet	<input type="checkbox"/> 8	Heimarbeit
<input type="checkbox"/> 9	Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen				

### 6 Krankenkasse

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

### 7 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			
Adresszusatz			
Postleitzahl		Ort	
telefonisch tagsüber zu erreichen			



Versicherungsnummer

Grid for entering insurance number

8 Beiträge zur Sozialversicherung

8.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

nein ja checkboxes

8.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

Staat

nein ja checkboxes

Date range form: vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

8.3 Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?

nein ja checkboxes

Formular G0105 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!

9 Leistungen des Jobcenters

Beziehen oder bezogen Sie zuletzt Leistungen des Jobcenters oder haben Sie Leistungen beantragt?

Name des Jobcenters, Aktenzeichen

nein ja checkboxes

Bitte entsprechende Nachweise beifügen!

10 Sonstige Angaben

10.1 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 checkboxes

10.2 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

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

Name des Rentenversicherungsträgers

nein ja checkboxes

10.3 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente

Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Knappschaftsausgleichsleistung)?

Art der Leistung

nein ja checkboxes





Versicherungsnummer
---------------------

- 10.4** 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 Zivilit,
  - Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
  - Verfolgtenleiden,
  - Impfschaden?

Von welcher Stelle?

nein  ja

Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

nein  ja

**10.5** 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 F0870 - 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

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

Von welcher Stelle zuletzt?

nein  ja

Aktenzeichen

vom 

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

 bis 

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



Versicherungsnummer

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

**10.7** 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

**11 Antragstellung durch andere Personen**

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?

nein, weiter bei Ziffer 12

ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von  
**(Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen)**

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

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

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Wohnort

Land

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax (Angabe freiwillig)

Der Antrag wird gestellt in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter     Vormund     Betreuer     Bevollmächtigter

**12 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel**

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

nein  ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:



Versicherungsnummer

### 13 Dokumentenzugang

#### 13.1 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:

---

#### 13.2 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)

### 14 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.

#### 14.1 Einwilligungserklärung

**Ich willige ein**, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden dürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die von mir Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Einrichtungen und Sozialleistungsträgern hierzu erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. **Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch Auskünfte 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.



noch Ziffer **14.1**

Für den Fall, dass meine gesundheitlichen Einschränkungen auf einem schädigenden Ereignis beruhen, an dem ein Dritter beteiligt war und vom Rentenversicherungsträger zu prüfen ist, ob die in diesem Zusammenhang entstandenen beziehungsweise entstehenden Kosten vom Schadensverursacher zu erstatten sind (Einleitung eines Regressverfahrens), **willige ich ein**, dass die Deutsche Rentenversicherung die im laufenden Verfahren anfallenden ärztlichen Gutachten / Befundberichte, Krankheitsberichte (Krankengeschichte) und Röntgenaufnahmen, die von der Rentenversicherung erstellten Entlassungsberichte sowie die von mir beigelegten beziehungsweise bereits vorliegenden ärztlichen Unterlagen, soweit es für die Durchsetzung von Schadensersatzforderungen erforderlich ist, dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel dem Schädiger oder seiner Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlässt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen (§§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch, §§ 116, 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X).

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

Soweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Folge, dass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem Rentenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antrag wegen mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch gemäß § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden 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).

Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten

ist beigelegt       wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift

## 14.2 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) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Ebenfalls dürfen andere Sozialleistungsträger und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die medizinischen Daten, die dort bereits vorliegen, an uns weitergeben.

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

**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 Krankenversicherungen.

**14.3 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.

**15 Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**16 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>16.1</b> Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
<b>16.2</b> AUD-Beleg ist beigefügt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift          <div style="text-align: right;">           Datum  <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </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 Art der Schule	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

<b>2.1 Welche Berufsausbildung haben Sie?</b>		
Berufsausbildung als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
Berufsausbildung als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
<b>2.2 Abgebrochene Berufsausbildung</b>		
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

nein  ja

von - bis

Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung?

---

Wurde die Umschulung erfolgreich beendet?

nein  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

nein  ja

Wurden die Lehrgänge, Fernlehrgänge oder Kurse erfolgreich beendet?

nein  ja

**2.6 Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?**

Sprache und Beherrschungsgrad

nein  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**

- regelmäßige Frühschicht / Spätschicht
  - regelmäßige Dreischicht
  - nur Nachtschicht
  - starrer maschinengebundener Arbeitstakt
  - Einzelakkord  Gruppenakkord
- Beschreibung

- 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)





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

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 und Leistungsbezug

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

Name und Anschrift des Leistungsträgers

nein  ja

**9.2** Beziehen Sie aktuell Leistungen zur Teilhabe (zum Beispiel Leistungen zur sozialen Teilhabe, Leistungen an Bildung) von einem Träger der Eingliederungshilfe (bis 31.12.2019 Träger der Sozialhilfe / Sozialamt)?

Name und Anschrift des Leistungsträgers

nein  ja

Ort, Datum

Unterschrift





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!**

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)
- Befundbericht eines Orthopäden, Diabetologen oder Rheumatologen
- Angebot eines Orthopädienschuhmachers
  - 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 einen 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

**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	Heben / Tragen
stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Lasten: _____ Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende <b>weitere Bemerkungen</b> _____
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"/>	

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

Ich bin damit einverstanden, 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 (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

nein  ja

## 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



## Informationen

### über die Übernahme der Kosten für die Versorgung mit Einlagen in Sicherheitsschuhen, Schutzschuhen und Berufsschuhen einschließlich der Versorgung mit orthopädischem Fußschutz

#### Allgemeines

Für die Versorgung mit geeigneten und individuell angepassten Sicherheitsschuhen, Schutzschuhen oder Berufsschuhen, die den allgemeinen ergonomischen Anforderungen und gesundheitlichen Erfordernissen entsprechen, ist aufgrund der gesetzlichen Unfallverhütungsvorschriften **immer** Ihr **Arbeitgeber** zuständig.

Als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zum Zwecke der Erlangung oder Erhaltung eines Arbeitsplatzes übernehmen wir nur die Kosten für eine **individuell erforderliche orthopädische Ausstattung** von Sicherheitsschuhen, Schutzschuhen oder Berufsschuhen (§ 16 des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - SGB VI - in Verbindung mit § 49 Absatz 8 Nr. 4 SGB IX).

Dazu gehören die Kostenübernahme für

- die Versorgung mit Einlagen in Sicherheitsschuhen, Schutzschuhen oder Berufsschuhen,
- die Versorgung mit orthopädischem Fußschutz wie zum Beispiel
  - die Zurichtung eines Sicherheitsschuhes, Schutzschuhes oder Berufsschuhes,
  - die Beschaffung von einem Paar behinderungsbedingt erforderlicher Modulschuhe oder maßgefertigter orthopädischer Sicherheitsschuhen, Schutzschuhen oder Berufsschuhen,
  - sowie die Reparatur des orthopädischen Anteils an den Sicherheitsschuhen, Schutzschuhen oder Berufsschuhen, wenn ein Nachweis des Orthopädienschuhmachers über die Reparaturbedürftigkeit der Schuhe vorgelegt wird.

#### Voraussetzungen für eine Leistungserbringung

Eine Kostenübernahme ist nur dann möglich, wenn die versicherungsrechtlichen (§ 11 SGB VI) und die persönlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB VI) erfüllt sind und keine Ausschlussgründe vorliegen (§ 12 SGB VI).

Nach den gesetzlichen Vorschriften des Arbeitsschutzes, insbesondere der Unfallverhütungsvorschriften, hat jeder Arbeitgeber dem Arbeitnehmer für den vorgesehenen Einsatzzweck geeigneten Fußschutz, der den ergonomischen und gesundheitlichen Erfordernissen entspricht, in ausreichender Anzahl zur persönlichen Verwendung zur Verfügung zu stellen (persönliche Schutzausrichtung). Dies gilt auch für die Reparatur und Instandsetzung der Schuhe. Eine Übernahme dieser Kosten durch uns ist deshalb nicht möglich.



**Nur** dann, **wenn** aufgrund Ihrer Erkrankung oder Behinderung der Fußschutz, den Ihnen Ihr Arbeitgeber zur Verfügung zu stellen hat, individuell angepasst werden muss (zum Beispiel durch Einlagen, Zurichtung oder orthopädische Maßanfertigung), können die Kosten dafür grundsätzlich übernommen werden.

### **Art und Höhe der Förderung**

Sind die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt und liegen keine Ausschlussgründe vor, ist die Übernahme der Kosten für **Einlagen** in Sicherheitsschuhen, Schutzschuhen oder Berufsschuhen in voller Höhe möglich. Die Kosten für den passenden baumustergeprüften Schuh können dagegen grundsätzlich **nicht** übernommen werden, da der Schuh als Teil der persönlichen Schutzausrüstung von Ihrem Arbeitgeber zur Verfügung gestellt werden muss.

Darüber hinaus können auch Kosten für die **Zurichtung** oder die Reparatur orthopädischer Sicherheitsschuhe, Schutzschuhe oder Berufsschuhe übernommen werden. Dies bezieht sich immer nur auf den orthopädischen Anteil am Schuh, soweit keine Verpflichtung Ihres Arbeitgebers besteht, die Kosten ebenfalls zu übernehmen.

In medizinisch begründeten Einzelfällen können auch die Kosten für ein Paar **orthopädischer Modulschuhe** oder ein Paar **maßgefertigter orthopädischer Sicherheitsschuhe, Schutzschuhe oder Berufsschuhe** übernommen werden. Die Herstellung orthopädischer Sicherheitsschuhe, Schutzschuhe oder Berufsschuhe als handgefertigte Maßschuhe ist nur erforderlich, wenn schwere und ausgeprägte Fußdeformitäten nicht mehr durch Einlagen, Schuhzurichtung oder im Handel erhältliche Modulschuhe zu beheben sind.

Bitte beachten Sie, dass von den Gesamtkosten immer der Betrag abgezogen wird, den der Arbeitgeber für ergonomische Sicherheitsschuhe, Schutzschuhe oder Berufsschuhe ohne orthopädische Ausstattung zu tragen hat. Dieser Anteil beträgt 40 EUR pro Schuh (80 EUR pro Paar). Für Einlagen und Zurichtungen ist kein Eigenanteil zu leisten.

Wurden die orthopädischen Sicherheitsschuhe, Schutzschuhe oder Berufsschuhe bereits vor der Antragstellung beschafft, ist eine Kostenübernahme nicht möglich. Gleiches gilt für die Zurichtung oder die Beschaffung von Einlagen. Dauert das Beschäftigungsverhältnis maximal nur 6 Monate und wird es nicht verlängert, ist eine Kostenübernahme nicht möglich.

### **Antragsunterlagen**

Für die Kostenübernahme ist eine vorherige förmliche Antragstellung erforderlich.

Antragsunterlagen erhalten Sie bei

- der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz,
- den Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe,
- den Krankenkassen,
- den Agenturen für Arbeit oder

- zum Ausdrucken im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung-rlp.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-rlp.de) / Services.

Zu den vollständigen Antragsunterlagen gehören:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (G0100)
- Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben - Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind (G0133)
- Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers zum Tragen von Fußschutz (hier Sicherheitsschuhe nach DIN EN ISO 20345) oder von Arbeitsschuhen (G0134)
- eine aktuelle fachärztliche Verordnung (Rezept von Ihrem behandelnden Orthopäden oder Chirurgen)
- ein Kostenvoranschlag

Bei der Beantragung einer Diabetesversorgung sowie einer Versorgung mit Modulschuhen oder orthopädischen Maßschuhen benötigen wir außerdem:

- einen aktuellen fachärztlichen Befundbericht mit Begründung (S0051) von Ihrem Orthopäden oder Chirurgen
- eine Trittspur mit Angaben über Fuß- und Knöchelmaße (die Trittspur erstellt in der Regel Ihr Orthopädie-Schuhtechniker)
- Nachweis über die Baumusterprüfung bei Modulschuhen und handgefertigten Maßschuhen
- Fotos der Füße (von vorne, hinten, links, rechts, oben)

Bitte reichen Sie den Antrag nur vollständig und unterschrieben bei uns ein. Eine zusätzliche Bescheinigung der Krankenkasse über den Versicherungsverlauf auf dem Antragsformular G0100 ist nicht erforderlich. Die Erstattung von Kosten, die im Zusammenhang mit der Erstellung des Kostenvoranschlages oder des Rezeptes entstehen, ist nicht möglich.

Weitere Informationen zur Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind, können Sie dem Formular G0132 entnehmen.

In diesem Zusammenhang verweisen wir Sie auch auf Ihre Mitwirkungspflichten nach den Vorschriften der §§ 60 ff. SGB I.

**Ihre Deutsche Rentenversicherung  
Rheinland-Pfalz**