

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

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: 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

Versicherungsnummer

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

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

--	--	--	--

Antrag auf Folgeversorgung oder Wechselversorgung für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

G0135

Hinweise: Diesen Antrag nur verwenden, wenn die bisherige Tätigkeit bei demselben Arbeitgeber ausgeübt wird. Der Antrag ist vor dem Kauf beziehungsweise vor der verbindlichen Bestellung zu stellen.

Name, Vorname

--

Geburtsdatum

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

1 Beantragte Leistung

Bitte fügen Sie ein Angebot eines Orthopädienschuhmachers und eine fachärztliche Empfehlung mit Begründung bei.

Folgeversorgung

Wechselversorgung

Übernahme der Kosten für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

maßgefertigte Einlagen

Zurichtungen

semiorthopädische Schuhe / Modulschuhe

Maßschuhe

2 Begründung

kurze Beschreibung des Verschleißes

irreparabler Verschleiß _____

hygienische Anforderungen (ausgeprägte Schweißbildung)

hygienische Anforderungen (täglich Feuchtigkeitseinfluss von außen)



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

3 Ergänzende Angaben

Haben Sie bereits verbindlich bestellt oder gekauft?

nein

ja

Ich führe meine Tätigkeit unverändert fort:

nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

ja

Ich bin noch bei demselben Arbeitgeber beschäftigt:

nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

ja

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

4 Angaben des Arbeitgebers

Die Angaben der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers werden bestätigt.

Der Arbeitgeber beteiligt sich an den Kosten in Höhe von _____ EUR

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:

Angebot eines Orthopädieschuhmachers

fachärztliche Empfehlung mit Begründung

