

Sammelmappe: Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben Agentur für Arbeit

Sie möchten bei der Agentur für Arbeit einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen um damit nichtorthopädische Hilfsmittel/technische Arbeitshilfen (Schuheinlagen in Arbeitssicherheitsschuhe) zu beantragen.

Diese Leistungen können bei Vorliegen der Voraussetzungen im Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben gewährt werden. Hierzu benötigt die Agentur für Arbeit Informationen von Ihnen, die mit einem Antrag zur Teilhabe und entsprechenden Fragebögen abgefragt werden. Ergänzt werden müssen diese Angaben durch entsprechende Nachweise und Belege.

Bitte beachten Sie, dass für eine möglichst zügige Bearbeitung Ihres Antrages **alle** folgende Unterlagen unbedingt erforderlich sind.

1. Datenschutzerklärung des Versicherten für die Firma Pfänder

Diese Erklärung ermöglicht es uns mit Ihren Daten im Sinne des Datenschutzes umzugehen.

2. Anträge, Fragebögen, Nachweise und Belege

Folgende Unterlagen werden benötigt, diese stellen wir Ihnen in dieser Anlage bereit:

- Reha 101: Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Reha 102: Zusatzfragebogen zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Reha 128: Fragebogen zur Gewährung von nichtorthopädischen Hilfsmitteln/technischen Arbeitshilfen
- Gesundheitsfragebogen mit Schweigepflichtentbindung
- Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers

Folgende Unterlagen müssen Sie selbst erstellen und einholen:

- Antragstellung (formell s.o. oder formlos) vor der Beschaffung der Schuheinlagen
- Rezept und ein fachärztliches (oder ärztliches) Attest mit Hinweis auf die vorliegenden gesundheitlichen Einschränkungen bzw. auf Art und Schwere Ihrer Behinderung, möglichst mit einer ärztlichen Empfehlung für die beantragte Leistung.
- Vorlage von mindestens 2 Angebote für die beantragte Leistung
- Kopie Ihres Arbeitsvertrages

3. Kostenvoranschlag

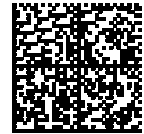
Bitte lassen Sie uns das Rezept zukommen, damit wir für Sie einen Kostenvoranschlag erstellen können. Diesen senden wir Ihnen dann zur Weiterleitung an Ihren Versicherungsträger zu.

Nachdem alle Unterlagen komplett ausgefüllt sind und Sie unseren Kostenvoranschlag erhalten haben, senden Sie die Unterlagen an Ihren Versicherungsträger und kommen nach dessen Antwort erneut auf uns zu.



Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Agentur für Arbeit Freiburg		Datum Antrag ausgehändigt: 09.08.2019	Namenszeichen	Eingangsstempel (Agentur für Arbeit) (anderer Rehabilitationsträger)	
Org.-Zeichen/ Team-Kenn. 161.G	DKZ (letzte Tätigkeit)	Kostenlose Servicehotline 0800 4 5555 00		Hat die Krankenkasse Sie schriftlich aufgefordert, diesen Antrag zu stellen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	



3

Hinweise:
 Sie stellen einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch - SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - .
 Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Da es verschiedene Rehabilitationsträger gibt, kann Ihr Antrag im Zuge der Zuständigkeitserklärung an andere Rehabilitationsträger weitergeleitet – oder andere Rehabilitationsträger können am Verfahren beteiligt werden. Einige der gestellten Fragen dienen der Klärung, welcher Rehabilitationsträger für Sie zuständig ist. Wir bitten Sie deshalb, alle gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 - 65 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihres Antrags. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistungen ganz oder teilweise versagen können (§ 66 SGB I).

Bitte Versicherungsnummer angeben (falls hier nicht angegeben):

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

Bitte Zutreffendes ausfüllen oder ankreuzen und den Antrag in Ihrer Agentur für Arbeit einreichen

Zimmernummer:
B 259

Bitte beachten Sie, dass Sie den Antrag stellen, bevor Aufwendungen entstehen oder Ausgaben anfallen!
 Beachten Sie bitte das Merkblatt 12!

1. Personalien

Name		Vorname			Geburtsname		
Geburtsdatum	Geburtsort			Geschlecht		Staatsangehörigkeit	
Straße und Hausnummer				Postleitzahl	Wohnort		
E-Mail: (freiwillige Angabe)				Kundennummer			
telefonisch zu erreichen unter: (freiwillige Angabe) Festnetz:				Mobil:			

2. Angaben zum Beruf/Stellung im Erwerbsleben

2.1 Zuletzt ausgeübter Beruf/Erwerbstätigkeit (möglichst genaue Bezeichnung) _____		
2.2 Derzeitige Stellung im Beruf/Erwerbsleben		
<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> 1 Auszubildende/Auszubildender (auch Praktikanten, Studenten)	<input type="checkbox"/> 2 ungelernete Arbeitskraft
<input type="checkbox"/> 3 Facharbeitskraft	<input type="checkbox"/> 4 Meisterin/Meister	<input type="checkbox"/> 5 Angestellte/Angestellter
<input type="checkbox"/> 6 Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> 7 selbständig	

3. Arbeit vor Antragstellung

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (nicht ausfüllen, 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 oder Hausmann	<input type="checkbox"/> 7 arbeitslos im Sinne Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III)	<input type="checkbox"/> 8 Heimarbeit
<input type="checkbox"/> 9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen	<input type="checkbox"/> 10 Leistungsbezug nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II)	

4. Krankenkasse

Name und Anschrift der Krankenkasse
Sind Sie familienversichert? Wenn ja, bitte Namen und Geburtsdatum des Mitgliedes angeben: _____
Besteht z. Z. Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - seit wann? _____

5. Behandelnde Ärzte

Name, Anschrift, Fachrichtung	
1. _____	Tel.-Nr. _____
Name, Anschrift, Fachrichtung	
2. _____	Tel.-Nr. _____
Name, Anschrift, Fachrichtung	
3. _____	Tel.-Nr. _____
Name, Anschrift, Fachrichtung	
4. _____	Tel.-Nr. _____

6. Angaben zu Berufsgenossenschaft und Rentenversicherungsträger

6.1 Zuständige Berufsgenossenschaft: _____
6.2 Derzeitig zuständiger Rentenversicherungsträger: _____
Haben Sie außer an Ihren derzeitigen Rentenversicherungsträger auch Beiträge an einen anderen Rentenversicherungsträger oder zur landwirtschaftlichen Altershilfe entrichtet? Zu welcher Stelle? (z.B. Knappschaft-Bahn-See)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ von/bis: _____

7. Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

7.1 Beziehen Sie eine Rente ?

nein ja - bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen

7.2 Haben Sie Rente beantragt?

nein ja - wann und bei welchem Träger? _____

7.3 Beabsichtigen Sie, in den nächsten 6 Monaten Altersrente von wenigstens 2/3 der Vollrente zu beantragen?

nein ja

8. Sonstige Angaben

8.1 Sind gesundheitliche Einschränkungen als Folge eines Arbeits- oder Wegeunfalls, als Berufskrankheit, als Folge von Wehr- oder Zivildienstbeschädigung, als Verfolgtenseiden, als Impfschaden oder als Folge einer Gewalttat anerkannt?

nein ja - von welcher Stelle: _____

Haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

nein ja - bei welcher Stelle: _____

8.2 Sind Ihre gesundheitlichen Einschränkungen Folge einer durch Dritte verursachten Körperverletzung bzw. Krankheit (z.B. Verkehrsunfall, sonstiger Unfall, Ansteckung)?

nein ja - bitte Unfallfragebogen ausfüllen

Haben Sie Schadensersatzansprüche geltend gemacht?

nein ja - bei welcher Stelle: _____

8.3 Nur bei beruflicher Ersteingliederung zu beantworten: Werden Leistungen/Hilfen vom Jugendamt gewährt?

nein ja - bitte Kopie des Bescheides beifügen

9. Medizinische Leistungen vor Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Hat ein anderer Rehabilitationsträger in den letzten Jahren festgestellt, dass Leistung zur Rehabilitation (Heilbehandlung/präventive Leistungen) derzeit notwendig sind oder innerhalb der letzten 6 Monate notwendig waren?

nein ja - welcher Rehabilitationsträger: _____

Sind Sie grundsätzlich bereit, an dieser Heilbehandlung und/oder Präventionsmaßnahme teilzunehmen?

nein ja

10. Information der Antragstellerin/des Antragstellers

Daten, die die Bundesagentur für Arbeit im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von Ihnen beantragten Leistung erhalten hat, dürfen an einen anderen Sozialleistungsträger (z.B. Träger der Grundsicherung nach dem SGB II, Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) oder für eigene Aufgaben an einen sonstigen Dritten (beispielsweise einen anderen Gutachter) weitergegeben werden, falls dies erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 in Verbindung mit § 69 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X). Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit und 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).

11. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wesentlich falsche Angaben die Gewährung von Leistungen ausschließen können. Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (z.B. Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II, Leistungen aus der gesetzlichen Renten-, Unfall- und Krankenversicherung, sowie Leistungen nach dem SGB III, nach dem Bundessozialhilfegesetz, nach dem Bundesversorgungsgesetz usw.) dem zuständigen Rehabilitationsträger sofort mitzuteilen. Das Merkblatt 12 „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“ habe ich erhalten.

12. Einverständniserklärung zur Anforderung von ärztlichen Unterlagen

Die Ergebnisse ärztlicher und/oder psychologischer Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich meinem Rehabilitationsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Unterschrift

(Ort)

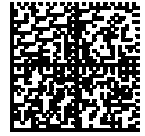
(Datum)

(Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der gesetzlichen Vertreter)

Bei Vertretung bitte Vollmacht/Bestellungsurkunde beifügen

Zusatzfragebogen zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Eigene Angaben zur Person sowie zum schulischen und zum beruflichen Werdegang



3

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Name, Vorname - ggf. auch Geburtsname - , -		Geburtsort		Versicherungsnummer (falls unten nicht eingetragen)			
Straße, Postleitzahl, Wohnort ,							
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. <input type="checkbox"/> gesch. seit		telefonisch zu erreichen unter		Kundennummer			

1. Schulausbildung

1.1 Besuchte Schule		Schuljahre von - bis		Schuljahre von - bis	
<input type="checkbox"/>	Förder-/Sonderschule			<input type="checkbox"/>	Fachschule
<input type="checkbox"/>	Hauptschule/Polytechn. Oberschule (8 Klassen)			<input type="checkbox"/>	Fachoberschule
<input type="checkbox"/>	Realschule (Mittelsch.)/Polytechn. Oberschule (10 Klassen)			<input type="checkbox"/>	Fachhochschule/Fach- oder Ingenieurschule
<input type="checkbox"/>	Gymnasium/Erweiterte Oberschule			<input type="checkbox"/>	Hochschule/Universität
<input type="checkbox"/>	Berufsschule/Berufsfachschule/-aufbauschule				

1.2 Erreichte Schulabschlüsse bzw. Art der abgelegten Prüfungen

2. Berufsausbildung

2.1 Welche Berufsausbildung haben Sie erhalten?

Berufsausbildung als	vom/bis	Art der abgelegten Prüfung

2.2 Anlernberuf

2.3 Sind Sie bereits schon einmal umgeschult worden?

nein ja

Wenn ja:

Umschulungsberuf:

2.3.1 Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung? Wer war Kostenträger? Aktenzeichen?

--

2.3.2 Wo erfolgte die Umschulung?

--

2.3.3

Abgebrochene Berufsausbildung als	warum abgebrochen?	am
-----------------------------------	--------------------	----

2.4 Teilnahme an Lehrgängen, Fernlehrgängen, Kursen

von - bis

2.5 Fremdsprachenkenntnisse (Sprache, Beherrschungsgrad)

3. Bisher ausgeübte Tätigkeiten

(bitte jede Tätigkeit so genau bezeichnen, dass Ihre besonderen Kenntnisse erkennbar sind)

- Monats- und Jahresangaben genügen -

von	bis	Art der Tätigkeit

Name, Vorname, Kundennummer: _____

4. Name und Anschrift des derzeitigen bzw. des letzten Arbeitgebers

Firma	Anschrift
ggf. Gründe für die Aufgabe des letzten Beschäftigungsverhältnisses	Dauer der Beschäftigung von - bis

4.1 Wird eine Wieder- oder Weiterbeschäftigung beim letzten Arbeitgeber gewünscht? nein ja

4.2 Zuletzt erzielt es Durchschnitts-

pro Woche	DM/Euro
-----------	---------

pro Monat

DM/Euro

5. **Arbeitssuchend gemeldet am**

bei Ag. für Arbeit	Arbeitslos gemeldet am	bei Ag. für Arbeit	
--------------------	------------------------	--------------------	--

6.1 Als Schwerbehinderter anerkannt/ oder einem Schwerbehinderten gleichgestellt nein ja ggf. Grad der Behinderung

6.2 Besitzen Sie eine Wertmarke des Versorgungsamtes, mit der Sie öffentliche Nahverkehrsmittel benutzen können? ja nein

Geltungsdauer

vom	bis
-----	-----

Können Sie die Wertmarke kostenlos erhalten? ja nein

7. Angaben über Ihre Beschäftigung/Tätigkeit, die Sie bei Antragstellung bzw. zuletzt ausgeübt haben

7.1 Art Ihrer Tätigkeit am Arbeitsplatz

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ständig stehend
<input type="checkbox"/> gehend und stehend
<input type="checkbox"/> ständig sitzend
<input type="checkbox"/> im Wechsel von stehen/ gehen/sitzen | <input type="checkbox"/> an laufenden Maschinen
<input type="checkbox"/> oft in gebückter Stellung
<input type="checkbox"/> oft mit erhobenen Armen
<input type="checkbox"/> oft kniend, hockend usw. | <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten bis 7 kg
<input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten über 7-20 kg
<input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten über 20 kg auf Gerüsten und Leitern
<input type="checkbox"/> hautempfindliche Arbeiten
<input type="checkbox"/> Erfordernis von Schwindelfreiheit und Gleichgewichtssinn |
|---|--|---|

Art ihrer Tätigkeit am Arbeitsplatz

-
- regelmäßig
-
-
- unregelmäßig
-
-
- halbtags
-
-
- Teilzeitarbeit, tägl. _____ Std. an _____ Tage(n) je Woche

Arbeitsweise

-
- Zweischicht
-
-
- Nachtschicht

-
- Fließbandakkord
-
-
- Einzelakkord bzw. Stückakkord
-
-
- Gruppenakkord

Äußere Einflüsse

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> EDV-Bildschirmarbeit
<input type="checkbox"/> angestrengtes Sehen (Feinarbeit)
<input type="checkbox"/> Arbeit im Freien
<input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt
<input type="checkbox"/> Arbeit in offenen Rohbauten o.ä.
<input type="checkbox"/> Arbeit bei künstlichem Licht | <input type="checkbox"/> Nässe
<input type="checkbox"/> Kälte
<input type="checkbox"/> Hitze
<input type="checkbox"/> Zugluft
<input type="checkbox"/> Druckluft
<input type="checkbox"/> starker Lärm (dauernd?)
<input type="checkbox"/> starker Lärm (zeitweilig?) | <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung
<input type="checkbox"/> belästigende Rauchentwicklung
<input type="checkbox"/> belästigende Gase oder Dämpfe
<input type="checkbox"/> chemische Einflüsse oder Allergie gegen bestimmte Materialien |
|---|---|--|

Sonstiges

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Verantwortung
<input type="checkbox"/> ständige Konzentration nötig
<input type="checkbox"/> Führungsaufgaben
<input type="checkbox"/> Anlagensteuerung (Überwachung)
<input type="checkbox"/> Auswärts-Montage
<input type="checkbox"/> Reisetätigkeit | <input type="checkbox"/> unregelmäßiges Essen
<input type="checkbox"/> Kantinenessen
<input type="checkbox"/> Diät nicht möglich |
|---|--|

Fahren von Kraftfahrzeugen

-
- PKW
-
-
- LKW ohne Ladearbeiten
-
-
- LKW mit schweren Ladearbeiten
-
-
- sonstige Fahrzeuge
-
-
- Baumaschinenfahrer (Kran, Bagger, etc.)

7.2 Weitere Bemerkungen zu Ihrer Tätigkeit (z.B. besonders erschwerte Arbeitsbedingungen)

Name, Vorname, Kundennummer: _____

8. **Warum glauben Sie, die bisherige Arbeit nicht mehr verrichten zu können** (gesundheitlich bzw. andere Gründe)?
– Beschwerden angeben – (Sofern dieser Raum für eine Begründung nicht ausreicht, ggf. zusätzliches Blatt verwenden)

9. **Ist Rente wegen vermindernder Erwerbsfähigkeit (Rente wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/teilweiser oder voller Erwerbsminderung, Rente für Bergleute) beantragt bzw. bewilligt worden?**

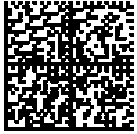

Falls ja: nein ja

beantragt bei:
bewilligt von:

Die vorstehenden Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht. Zur Nachprüfung meiner Angaben stelle ich auf Verlangen vorhandene Nachweise und Unterlagen zur Verfügung.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Agentur für Arbeit Freiburg	 3	Eingangsdatum	 Bundesagentur für Arbeit
-----------------------------	--	---------------	---

Name, Vorname, Anschrift, Kundennummer

Reha

Vermerke der Agentur für Arbeit	Hdz.
Reha-Antrag (Reha 101 gestellt) am:	
Fragebogen ausgegeben am:	
Durch die Agentur für Arbeit:	

**Fragebogen zur Gewährung von nichtorthopädischen Hilfsmitteln (§ 49 Absatz 8 Nr. 4 SGB IX) /
technischen Arbeitshilfen (§ 49 Absatz 8 Nr. 5 SGB IX)**

1. Wegen meiner Behinderung benötige ich

- zur Berufsausübung für Teilnahme an einer Bildungsmaßnahme

als _____

bei _____

in _____

folgende

- nichtorthopädische Hilfsmittel technische Arbeitshilfen

Bitte Artikel/Gegenstände und Preise angeben: _____

2. Sind andere **öffentlich-rechtliche Stellen** verpflichtet, Ihnen gleichartige Leistungen zu gewähren, oder hat sich der **Arbeitgeber** bereiterklärt, die vorstehenden Kosten ganz oder teilweise zu übernehmen? ja nein

ja nein

Wenn ja, in Höhe _____ Euro.

3. Die bewilligte Leistung bitte ich an _____ zu überweisen.

Kontoinhaber

BIC

IBAN

Name des Geldinstituts

4. Auf einen schriftlichen Bescheid verzichte ich, wenn meinem Antrag in vollem Umfang stattgegeben wird. ja nein

ja nein

Folgende Unterlagen sind dem Fragebogen beizufügen:

Kopie des Arbeitsvertrages

Angebote von mindestens zwei unterschiedlichen Anbietern

ärztliches Gutachten

Erklärung

- Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich der Agentur für Arbeit **unverzüglich** alle Änderungen mitzuteilen habe, die Auswirkungen auf die Leistung haben könnten.
- Das Merkblatt 12 - Berufliche Rehabilitation -, in dem auf die Mitteilungspflichten hingewiesen ist, habe ich erhalten und von seinem Inhalt Kenntnis genommen.
- Meine Ansprüche gegen meinen Arbeitgeber, oder gegen andere öffentlich-rechtliche Stellen auf gleichartige Leistungen, trete ich hiermit an die Bundesagentur für Arbeit ab.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Antragstellers)

(Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Die Richtigkeit der Änderung/Ergänzung zu Nummer(n) _____ wird bestätigt.

(Unterschrift des Antragstellers)



Informationsblatt zur Vorstellung im Ärztlichen Dienst

Sehr geehrte/r ,

Sie haben mitgeteilt, dass Sie gesundheitliche Beschwerden haben, die für Ihre Beratung bzw. Vermittlung Auswirkungen haben.

Sie erhalten deshalb den beigefügten Gesundheitsfragebogen mit der Bitte, diesen sorgfältig auszufüllen und gegebenenfalls bereits vorhandene medizinische Befunde beizufügen. Dadurch bleibt der Aufwand für Sie selbst gering und mögliche Rückfragen können schon im Vorfeld vermieden werden.

Der Gesundheitsfragebogen dient ausschließlich zur Information des Ärztlichen Dienstes der Agentur für Arbeit über Ihren Gesundheitszustand und die bisherige medizinische Behandlung. Eine Unterstützung durch die Beratungs-/Vermittlungsfachkräfte bzw. Sachbearbeiter/in beim Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens darf nur auf Ihren ausdrücklichen Wunsch hin erfolgen.

Sofern Sie nicht bereit sind, den Gesundheitsfragebogen auszufüllen, sind hierfür wichtige Gründe (im Sinne des § 65 SGB I) gegenüber Ihrer zuständigen Beratungs- und Vermittlungsfachkraft bzw. Ihrer Sachbearbeiterin/Ihrem Sachbearbeiter darzulegen. Füllen Sie den Gesundheitsfragebogen ohne wichtigen Grund nicht aus, kann dies bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen des § 66 SGB I zu einer vollständigen oder teilweisen Versagung oder Entziehung der Leistungen führen.

Um bereits vorhandene Befunde Ihrer vorbehandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte und Kliniken anfordern zu können, bitten wir Sie, diese von der Schweigepflicht zu entbinden. Hierdurch können unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Hierzu können Sie von den beigefügten Vordrucken Gebrauch machen. Benutzen Sie nur die Vordrucke, die für Sie zutreffen. Die nicht relevanten Vordrucke müssen selbstverständlich nicht ausgefüllt werden.

Wir weisen darauf hin, dass Sie zur Abgabe einer Schweigepflichtentbindungserklärung grundsätzlich nicht verpflichtet sind und eine einmal erteilte Erklärung jederzeit widerrufen können. Sofern Sie zur Abgabe einer Schweigepflichtentbindungserklärung nicht bereit sind, sind hierfür wichtige Gründe (im Sinne des § 65 SGB I) gegenüber Ihrer zuständigen Beratungs- und Vermittlungsfachkraft bzw. Ihrer Sachbearbeiterin/Ihrem Sachbearbeiter darzulegen. Alternativ können Sie auch selbst bereits vorhandene medizinische Befunde vorlegen.

Sofern Sie weder die erforderliche(n) Schweigepflichtentbindungserklärung(en) erteilen, noch bereits vorhandene medizinische Befunde zur Verfügung stellen und die Aufklärung des Sachverhaltes dadurch erheblich erschwert ist, kann dies bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen des § 66 SGB I zu einer vollständigen oder teilweisen Versagung oder Entziehung der Leistungen führen. Die Aufklärung des Sachverhaltes ist z.B. dann erheblich erschwert, wenn eine erneute Untersuchung durch den Ärztlichen Dienst erforderlich wird, die ansonsten entbehrlich wäre (Doppeluntersuchung) und die von Ihnen vorgebrachten Gründe zur Verweigerung der Mitwirkung keine erneute Untersuchung durch den Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit rechtfertigen.

Die Erstellung einer Sozialmedizinischen gutachterlichen Stellungnahme durch den Ärztlichen Dienst

Sobald dem Ärztlichen Dienst alle Unterlagen vorliegen, wird dieser entscheiden, ob eine Untersuchung erforderlich oder die Erstellung einer Sozialmedizinischen gutachterlichen Stellungnahme anhand der vorgelegten Unterlagen möglich ist. Oft reichen die medizinischen Befunde von Ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten aus, um eine Sozialmedizinische gutachterliche Stellungnahme zu erstellen. Falls Ihr persönliches Erscheinen für eine ärztliche Untersuchung erforderlich ist, erhalten Sie eine gesonderte Einladung vom Ärztlichen Dienst

der Agentur für Arbeit. Die Sozialmedizinischen gutachterlichen Stellungnahmen werden durch den Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit oder von einer Vertragsärztin bzw. einem Vertragsarzt erstellt.

Wir legen dabei großen Wert auf den Schutz Ihrer Gesundheitsdaten. Alle Angaben und Unterlagen werden vertraulich behandelt. Die Ärztinnen und Ärzte des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit sowie alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir sichern Ihnen zu, dass der Ärztliche Dienst – in Befolgung klarer gesetzlicher Regeln – darauf achtet, dass in der Sozialmedizinischen gutachterlichen Stellungnahme nur solche Angaben über Ihre Person und Ihren Gesundheitszustand gemacht werden, die für die Beratung, Vermittlung oder die Klärung von Leistungsansprüchen notwendig sind. Alle sonstigen Informationen (aus den zugesandten Befunden oder dem Gespräch zwischen Ihnen und der Ärztin oder dem Arzt) bleiben dagegen – wie bei Ihrem behandelnden Arzt – unter Verschluss im Archiv des Ärztlichen Dienstes.

Bei Fragen zu den medizinischen Inhalten können Sie sich an den zuständigen Ärztlichen Dienst wenden.

Noch ein Hinweis: Wenn es eine „Kundentheke“ des Ärztlichen Dienstes (in Ihrer Agentur für Arbeit) gibt, können Sie dort ggf. weitere Fragen direkt klären.

Information zum Widerspruchsrecht (gemäß § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i. V. m. § 76 SGB X)

Wir weisen darauf hin, dass Ihre medizinischen Daten (Begutachtungsdaten) an andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkassen, Rentenversicherungsträger oder andere Behörden) übermittelt werden dürfen, wenn dies zur Erfüllung deren gesetzlicher Aufgaben oder zur Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ergibt sich aus § 76 Absatz 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 69 Absatz 1 Nr. 1 und 2 SGB X. Sie können einer solchen Weitergabe ohne Angabe von Gründen widersprechen. Dies hat keine Auswirkung auf Ihre Pflicht zur Mitwirkung bei der Aufklärung des Sachverhalts nach §§ 60 ff SGB I.

Gesundheitsfragebogen zur Begutachtung im Ärztlichen Dienst



An den
Ärztlichen Dienst der
Agentur für Arbeit

Kundendaten:	Veranlassende Stelle:
Name, Vorname:	Organisationszeichen: 161.G
Geburtsdatum:	
Anschrift:	Name der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters: Frau Hinna
Kundennummer:	

<p>1. Haben Sie gesundheitliche Probleme mit Auswirkung auf?</p> <ul style="list-style-type: none">• jetzige berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein• letzte berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein• frühere berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein• Umschulung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein• sonstiges: _____ <p>Falls ja: Schildern Sie bitte kurz Ihre Erkrankungen bzw. Ihre Beschwerden und teilen Sie uns mit, bei welchen Arbeiten Sie dadurch Probleme haben bzw. hatten:</p> <p>Falls nein bzw. falls Sie noch nie beruflich tätig waren: Beschreiben Sie bitte kurz, welche gesundheitlichen Probleme haben Sie, die aus Ihrer Sicht bei zukünftigen beruflichen Tätigkeiten beachtet werden sollten (z. B. Allergien):</p> <p>Ergänzungen zu den gesundheitlichen Problemen:</p>		
--	--	--

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ggf. welche: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

			Welche Erkrankungen liegen im Einzelnen vor?	
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Asthma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Wirbelsäulen-Krankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Knochen- oder Gelenk- Krankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Magen-Darm-Krankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Blasen-Nieren-Krankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Lähmungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Krankheiten der Ohren, Nase und des Halses	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Angeborene Krankheiten oder Behinderungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Operationen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Unfall	Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Fremdverschulden	<input type="checkbox"/>		
Sonstige Krankheiten oder Behinderungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Berufserkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	anerkannt:	<input type="checkbox"/> ja
			Verfahren läuft:	<input type="checkbox"/> ja

**2. Bei welcher Ärztin/Arzt und / oder Psychotherapeutin/Psychotherapeuten befinden bzw. be-
fanden Sie sich wegen dieser gesundheitlichen Probleme in Behandlung?**
Geben Sie bitte zuerst Ihren Hausarzt oder Ihre Hausärztin und dann Ihre behandelnden Fachärzte
und Fachärztinnen an:

a.)

Vorname, Name der Ärztin/des Arztes, Psychotherapeutin/Psychotherapeuten	Facharztbezeichnung	PLZ, Ort, Straße, Nr.	letzte Behand- lung am
---	---------------------	-----------------------	---------------------------

b.)

Vorname, Name der Ärztin/des Arztes, Psychotherapeutin/Psychotherapeuten	Facharztbezeichnung	PLZ, Ort, Straße, Nr.	letzte Behand- lung am
---	---------------------	-----------------------	---------------------------

c.)

Vorname, Name der Ärztin/des Arztes, Psychotherapeutin/Psychotherapeuten	Facharztbezeichnung	PLZ, Ort, Straße, Nr.	letzte Behand- lung am
---	---------------------	-----------------------	---------------------------

Fügen Sie bitte medizinische **(Befund-)Unterlagen**, die Ihnen vorliegen oder die Sie von Ihren Ärzten
oder Ärztinnen bekommen können, im **verschlossenen** Umschlag bei.

**Damit der Ärztliche Dienst die von Ihnen genannten Ärztinnen/Ärzte bzw. Psychotherapeutin-
nen/Psychotherapeuten befragen kann und / oder ergänzend Befunde beziehen darf, geben Sie
bitte Ihr Einverständnis auf den beiliegenden Schweigepflichtentbindungen.**

3. Sind Sie zurzeit krank (arbeitsunfähig) geschrieben?

ja nein

seit wann: _____

bis wann: _____

durch welchen Arzt? _____

**4. Wurden bzw. werden Sie nach längerer Arbeitsunfähigkeit aus dem Leis-
tungsbezug der Krankenkasse ausgesteuert? (Erhalten Sie kein Kranken-
geld mehr?)**

ja nein

falls ja - wann: _____

Wurde der Krankengeldbezug anderweitig beendet –

wenn ja, wann? _____

gegebenenfalls nach einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse
(MDK)?

ja nein

8. Wurden Sie in den letzten 3 Jahren vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) von einer Berufsgenossenschaft / gesetzl. Unfallversicherung bzw. einem Gesundheitsamt oder vom Ärztlichen Dienst einer Agentur für Arbeit begutachtet?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wann?	Wo?	Versicherungs-/Kundennummer:	
MDK				
Berufsgenossenschaft / gesetzliche Unfallversicherung				
Gesundheitsamt				
Agentur für Arbeit			(wenn nicht bereits oben schon eingetragen)	
9. Besteht eine gesetzliche Betreuung?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja - durch das Amtsgericht: _____ Name Betreuer/in: _____ Anschrift Betreuer/in : _____ Telefonnummer Betreuer/in: _____ Die Betreuung besteht für folgende Bereiche: <input type="checkbox"/> Gesundheitssorge (bitte eine Kopie der Betreuungsurkunde beifügen) <input type="checkbox"/> finanzielle Angelegenheiten <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung				
10. Ist das letzte Arbeitsverhältnis definitiv beendet?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja - Wann?: _____ Wie? <input type="checkbox"/> Aufhebungsvertrag <input type="checkbox"/> eigene Kündigung <input type="checkbox"/> betriebliche Kündigung Falls nein: bitte geben Sie eine kurze Beschreibung der Tätigkeit an: wöchentliche Arbeitszeit / Normalarbeitszeit oder ggf. welche Schichten / überwiegend verrichtete Arbeiten / besondere Belastungen etc. _____ _____				

Datum

Unterschrift des Kunden

(bei unter 18-jährigen Personen bzw. bei Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung ist auch die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)



Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ eine Ärztin/einen Arzt oder mehrere behandelnde Ärztinnen/Ärzte eingetragen haben, unterschreiben Sie bitte für jede Ärztin/jeden Arzt eine Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt / oder die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten

Erklärung

Ich, _____, , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit Frau / Herrn

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes / Psychotherapeutin / Psychotherapeut PLZ, Ort

von der ärztlichen/psychotherapeutischen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin / dem Arzt der Agentur für Arbeit im verschlossenen Umschlag zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden, soweit dies für die Feststellung meiner gesundheitlichen Voraussetzungen innerhalb der Inanspruchnahme von Sozialleistungen (Dienst-, Sach- und Geldleistungen) erforderlich ist. Die medizinischen Unterlagen dürfen ohne Begründung (z.B. Berufskrankheit, Unfall, festgestellte Behinderung o. ä.) nicht älter als 4 Jahre sein. Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei fehlender Mitwirkung können die Sozialleistungen jedoch unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Diese Erklärung gilt für die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters



Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ eine Ärztin/einen Arzt oder mehrere behandelnde Ärztinnen/Ärzte eingetragen haben, unterschreiben Sie bitte für jede Ärztin/jeden Arzt eine Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt / oder die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten

Erklärung

Ich, _____, , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit Frau / Herrn

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes / Psychotherapeut / Psychotherapeutin PLZ, Ort

von der ärztlichen/psychotherapeutischen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin / dem Arzt der Agentur für Arbeit im verschlossenen Umschlag zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden, soweit dies für die Feststellung meiner gesundheitlichen Voraussetzungen innerhalb der Inanspruchnahme von Sozialleistungen (Dienst-, Sach- und Geldleistungen) erforderlich ist. Die medizinischen Unterlagen dürfen ohne Begründung (z.B. Berufskrankheit, Unfall, festgestellte Behinderung o. ä.) nicht älter als 4 Jahre sein. Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei fehlender Mitwirkung können die Sozialleistungen jedoch unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Diese Erklärung gilt für die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters



Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren einen Rentenanspruch oder Reha-Antrag bei Ihrer Rentenversicherung gestellt haben, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für den Rentenversicherungsträger

Erklärung

Ich, _____, , , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit den/die Gutachter/innen des Rentenversicherungsträgers

Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin / dem Arzt der Agentur für Arbeit im verschlossenen Umschlag zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden, soweit dies für die Feststellung meiner gesundheitlichen Voraussetzungen innerhalb der Inanspruchnahme von Sozialleistungen (Dienst-, Sach- und Geldleistungen) erforderlich ist. Die medizinischen Unterlagen dürfen ohne Begründung (z.B. Berufskrankheit, Unfall, festgestellte Behinderung o. ä.) nicht älter als 4 Jahre sein. Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei fehlender Mitwirkung können die Sozialleistungen jedoch unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Diese Erklärung gilt für die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters

✍



Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren an einem medizinischen Heilverfahren in einer Kur-, Rehabilitationsklinik oder eines ambulanten Reha-Zentrums teilgenommen haben, unterschreiben Sie bitte diese Erklärung.

Anforderung des Entlassungsberichtes der Rehabilitationsklinik bzw. des ambulanten Reha-Zentrums

Erklärung

Ich, _____, , , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort

erteile meine Einwilligung zur Übermittlung des Entlassungsberichtes der

Rehabilitationsklinik /ambulanten Reha-Zentrums _____ aus
dem Jahr _____

Name und Anschrift der Rehabilitationsklinik/des ambulanten Reha-Zentrums

an den Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit.

Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei fehlender Mitwirkung können die Sozialleistungen jedoch unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Diese Erklärung gilt für die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters



Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) begutachtet wurden, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung. Für Ihre Krankenkasse unterschreiben Sie bitte zusätzlich die nachfolgende Schweigepflichtentbindung ohne Behördenangabe.

Entbindung von der Schweigepflicht für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Erklärung

Ich, _____, , , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit den/die Gutachter/innen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Anschrift des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin / dem Arzt der Agentur für Arbeit im verschlossenen Umschlag zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden, soweit dies für die Feststellung meiner gesundheitlichen Voraussetzungen innerhalb der Inanspruchnahme von Sozialleistungen (Dienst-, Sach- und Geldleistungen) erforderlich ist. Die medizinischen Unterlagen dürfen ohne Begründung (z.B. Berufskrankheit, Unfall, festgestellte Behinderung o. ä.) nicht älter als 4 Jahre sein. Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei fehlender Mitwirkung können die Sozialleistungen jedoch unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Diese Erklärung gilt für die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters



Entbindung von der Schweigepflicht für _____

Erklärung

Ich, _____, , , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit _____
Name der Sozialbehörde

Anschrift der Sozialbehörde

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin / dem Arzt der Agentur für Arbeit im verschlossenen Umschlag zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden, soweit dies für die Feststellung meiner gesundheitlichen Voraussetzungen innerhalb der Inanspruchnahme von Sozialleistungen (Dienst-, Sach- und Geldleistungen) erforderlich ist. Die medizinischen Unterlagen dürfen ohne Begründung (z.B. Berufskrankheit, Unfall, festgestellte Behinderung o. ä.) nicht älter als 4 Jahre sein. Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei fehlender Mitwirkung können die Sozialleistungen jedoch unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Diese Erklärung gilt für die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters



Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren von einer Berufsgenossenschaft / gesetzl. Unfallversicherung begutachtet wurden, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für die Berufsgenossenschaft / gesetzl. Unfallversicherung

Erklärung

Ich, _____, , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit den/die Gutachter/innen der Berufsgenossenschaft / gesetzl. Unfallversicherung

Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft / gesetzl. Unfallversicherung

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin / dem Arzt der Agentur für Arbeit im verschlossenen Umschlag zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden, soweit dies für die Feststellung meiner gesundheitlichen Voraussetzungen innerhalb der Inanspruchnahme von Sozialleistungen (Dienst-, Sach- und Geldleistungen) erforderlich ist. Die medizinischen Unterlagen dürfen ohne Begründung (z.B. Berufskrankheit, Unfall, festgestellte Behinderung o. ä.) nicht älter als 4 Jahre sein. Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei fehlender Mitwirkung können die Sozialleistungen jedoch unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Diese Erklärung gilt für die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters



Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren vom Gesundheitsamt begutachtet wurden, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für die Ärztin / den Arzt des Gesundheitsamtes

Erklärung

Ich, _____, , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit die Ärztin / den Arzt des Gesundheitsamtes

Anschrift des Gesundheitsamtes

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin / dem Arzt der Agentur für Arbeit im verschlossenen Umschlag zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden, soweit dies für die Feststellung meiner gesundheitlichen Voraussetzungen innerhalb der Inanspruchnahme von Sozialleistungen (Dienst-, Sach- und Geldleistungen) erforderlich ist. Die medizinischen Unterlagen dürfen ohne Begründung (z.B. Berufskrankheit, Unfall, festgestellte Behinderung o. ä.) nicht älter als 4 Jahre sein. Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei fehlender Mitwirkung können die Sozialleistungen jedoch unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Diese Erklärung gilt für die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters



Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass ein Sozialgerichtsverfahren gegen einen ablehnenden Rentenbescheid läuft, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für das Sozialgericht Erklärung

Ich, _____, , , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum
wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort
befreie hiermit das Sozialgericht in

Anschrift des Sozialgerichts

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin / dem Arzt der Agentur für Arbeit im verschlossenen Umschlag zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden, soweit dies für die Feststellung meiner gesundheitlichen Voraussetzungen innerhalb der Inanspruchnahme von Sozialleistungen (Dienst-, Sach- und Geldleistungen) erforderlich ist. Die medizinischen Unterlagen dürfen ohne Begründung (z.B. Berufskrankheit, Unfall, festgestellte Behinderung o. ä.) nicht älter als 4 Jahre sein. Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei fehlender Mitwirkung können die Sozialleistungen jedoch unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Diese Erklärung gilt für die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters





Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren zur Feststellung einer Behinderung oder Schwerbehinderung begutachtet wurden, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für die Ärztin / den Arzt der Behörde, die das Schwerbehindertenrecht bzw. das Soziale Entschädigungsrecht durchführt

Erklärung

Ich, _____, , , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum
wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort
befreie hiermit die Ärztin / den Arzt der nachfolgend genannten. Behörde

Anschrift der Behörde

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin / dem Arzt der Agentur für Arbeit im verschlossenen Umschlag zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden, soweit dies für die Feststellung meiner gesundheitlichen Voraussetzungen innerhalb der Inanspruchnahme von Sozialleistungen (Dienst-, Sach- und Geldleistungen) erforderlich ist. Die medizinischen Unterlagen dürfen ohne Begründung (z.B. Berufskrankheit, Unfall, festgestellte Behinderung o. ä.) nicht älter als 4 Jahre sein. Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei fehlender Mitwirkung können die Sozialleistungen jedoch unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Diese Erklärung gilt für die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters

Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers zum Tragen von Arbeitssicherheitsschuhen oder von Arbeitsschuhen nach DIN EN ISO 20345

Name, Vorname, Anschrift

1. Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bis zum

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"/> Arbeitssicherheitsschuhe 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. Arbeitssicherheitsschuhe 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 mittel
<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 J
<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

Klassifizierung II Schuhe vollständig geformt oder vulkanisiert für den Nassbereich

Kategorie Schutzfunktion

- S4 Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
- S5 wie S4, zusätzlich: Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle

Notwendigkeit Zusatzanforderung 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 Arbeitssicherheitsschuhe/Arbeitsschuhe

Die Kosten für ein Paar Arbeitssicherheitsschuhe ohne orthopädischen Ausstattung in der oben genannten Ausführung betragen:

_____ EUR einschließlich Mehrwertsteuer

Die Kosten für ein Paar Arbeitsschuhe ohne orthopädischen Ausstattung betragen:

_____ EUR einschließlich Mehrwertsteuer

Es werden Kosten in folgender Höhe vom Arbeitgeber übernommen:

_____ EUR einschließlich Mehrwertsteuer

4. Nur bei Folgeanträgen (Ersatzbeschaffung) angeben:

Die von der Versicherten/dem Versicherten bisher genutzten Arbeitsschuhe bzw. Arbeitssicherheitsschuhe sind

- weiter gebrauchsfähig
- nicht weiter gebrauchsfähig

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Telefonnummer für eventuelle Rückfrage

Hinweisblatt zum Antrag auf Technische Arbeitshilfen bzw. Hilfsmittel

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Sie haben bei der Agentur für Arbeit Freiburg einen Antrag auf Gewährung Technischer Arbeitshilfen bzw. Hilfsmittel gestellt. (z.B. höhenverstellbarer Schreibtisch, orthopädische Schuheinlagen in Arbeitsschuhe oä.)

Diese Leistungen können bei Vorliegen der Voraussetzungen im Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben“ gewährt werden. Hierzu benötigt die Agentur für Arbeit Informationen von Ihnen, die mit einem Antrag zur Teilhabe und entsprechenden Fragebögen abgefragt werden. Ergänzt werden müssen diese Angaben durch entsprechende Nachweise und Belege.

Bitte beachten Sie, dass für eine möglichst zügige Bearbeitung Ihres Antrages folgende Unterlagen unbedingt erforderlich sind:

- Antragstellung (formell oder formlos) **vor** z.B. der Beschaffung der beantragten Technischen Arbeitshilfen oder Arbeitsmittel;
- Fragebogen Gewährung Technische Arbeitshilfe/Hilfsmittel R128
- Vorlage eines fachärztlichen (oder ärztlichen) Attests mit Hinweis auf die vorliegenden gesundheitlichen Einschränkungen bzw. auf Art und Schwere Ihrer Behinderung, möglichst mit einer ärztlichen Empfehlung für die beantragte Leistung;
- Vorlage von mindestens 2 Angebote für die beantragte Leistung;
- Kopie Ihres Arbeitsvertrages;
- ausgefüllt und unterschriebene Schweigepflichtentbindung.

Erst wenn alle Unterlagen vollständig vorliegen können von mir die Fachdienste (Ärztlicher Dienst, Technischer Beratungsdienst) hier im Hause eingeschaltet werden, um Notwendigkeit und Umfang der von Ihnen beantragten Hilfe zu klären. Dies schließt ggfs. auch Rückfragen bei Ihren behandelnden Ärzten mit ein. Die Klärung aller Fragen kann erfahrungsgemäß einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen. Daher bitte ich, von Nachfragen nach dem Bearbeitungsstand abzusehen.

Sobald alle entscheidungserheblichen Unterlagen vorliegen wird Ihr Reha-Berater/Ihre Reha-Beraterin umgehend über Ihren Antrag grundsätzlich entscheiden. Der schriftliche Bescheid geht Ihnen dann über den Operativen Service zu. Der Operativen Service ist auch für die Auszahlung der Leistung an Sie bzw. an die von Ihnen benannte Stelle zuständig.

Ein Tipp: Fertigen Sie von den eingereichten Unterlagen Kopien für Ihre Unterlagen an!

Datenschutzerklärung Sanitätshaus Pfänder



Munzinger Straße 5c
79111 Freiburg
Telefon 07 61 / 21 86 8-0
Telefax 07 61 / 21 86 8-53
info@pfaender-freiburg.de
www.pfaender-freiburg.de

Vorname, Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Kostenträger _____

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

Ihre von uns im Rahmen des gesetzlichen Versorgungsauftrages erhobenen Daten benötigen wir zur Durchführung Ihrer Versorgung. Wir verarbeiten Ihre Daten so lange, wie es zur Erfüllung unseres Vertrages oder geltender Rechtsvorschriften sowie der Pflege unserer Beziehung zu Ihnen erforderlich ist. Sobald dieser Zweck der Datenverarbeitung entfällt, werden wir Ihre Daten löschen. Dafür gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen. Eine Übermittlung Ihrer Daten in ein Drittland findet nicht statt.

Ihnen stehen die Betroffenenrechte gem. Art. 15-23 DSGVO zu. Das bedeutet, dass Sie Auskunft über Ihre Daten ersuchen und ggf. eine Berichtigung verlangen können. Sie haben ein Recht auf Löschung sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung. Ebenfalls steht Ihnen ein Anspruch auf Einschränkung der Nutzung und Datenübertragbarkeit zu. Sie können sich bei Ihrer Aufsichtsbehörde beschweren. Gerne können Sie sich mit Ihrem Anliegen an unseren Datenschutzbeauftragten unter **datenschutzbeauftragter@pfaender-freiburg.de** wenden.

Einverständniserklärung

In Bezugnahme auf die o.g. Datenschutzerklärung erkläre ich mich einverstanden mit der

- Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner Versorgungsdaten durch das **Sanitätshaus Pfänder, Inh. Mike Dehn e.K., Munzinger Str. 5c, 79111 Freiburg**
- **Weitergabe der zur Durchführung und Abrechnung der Hilfsmittelversorgung jeweils erforderlichen Informationen (Daten)** insbesondere von Daten aus der Kundenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Verordnungen, Diagnosen, Foto- und Videodokumentationen, Behandlungsdaten) **an alle an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer** wie Kostenträger, Abrechnungszentren, Gutachter, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Pflegedienste, Krankenhäuser und Hilfsmittelhersteller und der dort vorzunehmenden Speicherung dieser Informationen.

- Nutzung meiner Daten, die in Verbindung mit meiner Versorgung stehen**, insbesondere Terminerinnerungen, der Übermittlung von Informationen über Produkte und Dienstleistungen und der Kontaktaufnahme zur Erfüllung gesetzlicher und vertraglicher Verpflichtungen.

Diese Zustimmung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Datum

Unterschrift des Versicherten