



Munzinger Straße 5c  
79111 Freiburg  
Telefon 0761/21 86 8-0  
Telefax 0761/21 86 8-53  
info@pfaender-freiburg.de  
www.pfaender-freiburg.de

## **Sammelmappe: Erstversorgung Deutsche Rentenversicherung**

Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, müssen die beigegefügtten Unterlagen komplett ausgefüllt werden. Unvollständige Anträge können vom Versicherungsträger nicht bearbeitet werden.

### **1. Datenschutzerklärung des Versicherten**

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

### **2. Ärztliche Befundberichte + Rezept**

Bitte **einen Bericht vom Hausarzt (RT5020b)** und **einen Bericht vom Facharzt für Orthopädie (REHA0205)** ausfüllen lassen.

Bitte **ein Rezept vom Facharzt für Orthopädie** erstellen lassen: Die Diagnose sollte vollständig und ausführlich angegeben werden und evtl. Vorerkrankungen wie z.B. Bandscheibenvorfall, Bänderrisse, Fersensporne usw. beinhalten. Unvollständige Diagnosen können zur Ablehnung der Kostenübernahme führen. Insbesondere sind die Beschwerden und Funktionseinschränkungen aufzuführen.

### **3. Formular G0100, G0130 und G0133:**

Diese Formulare sind vom Versicherten **nur bei der Erstversorgung einmalig auszufüllen**. Bei einer Folgeversorgung benötigen Sie nur den „Antrag auf Folgeversorgung“.

### **4. Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers (G0134)**

Diese ist vom Arbeitgeber vollständig auszufüllen (bitte auch der Betrag, der für Sicherheitsschuhe ausgegeben wird) und zu unterschreiben.

### **5. 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.**



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

## 2 Angaben zur Person

Name					
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)					
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)					
Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)					
Vorname (Rufname)					
Geburtsname					
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)					
Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)					
frühere Namen					
Staatsangehörigkeit					
gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit		bis: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; text-align: center;">Tag</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; text-align: center;">Monat</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; text-align: center;">Jahr</td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr
Tag	Monat	Jahr			
Geburtsdatum	Geschlecht				
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> geschlechtsneutral				
Geburtsort (Kreis, Land)					
Straße					
Hausnummer					
Adresszusatz					
Postleitzahl					
Wohnort					
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)					
Telefax (Angabe freiwillig)					
E-Mail (Angabe freiwillig)					
noch E-Mail (Angabe freiwillig)					



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

### 3 Angaben zum Familienstand und Beruf

3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)

0 ledig       1 verheiratet       2 geschieden       3 verwitwet

3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)

### 4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

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

0 nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner)       1 Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student)       2 ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)

3 angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)       4 Facharbeiter       5 Meister, Polier

6 Angestellter       7 Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechts       8 Selbständiger

### 5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

0 nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)       1 Ganztagsarbeit **ohne** Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht       2 Ganztagsarbeit **mit** Wechselschicht / Akkord

3 Ganztagsarbeit **mit** Nachtschicht       4 Teilzeitarbeit, **weniger** als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit       5 Teilzeitarbeit, **mindestens** die Hälfte der üblichen Arbeitszeit

6 ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann       7 arbeitslos gemeldet       8 Heimarbeit

9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen

### 6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP)

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

0 nein       1 ja







Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

## 14 Sonstige Angaben

**14.1** Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls,
- Berufskrankheit,
- Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,
- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist,
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgenreiden,
- Impfschaden?

Von welcher Stelle?

nein  ja

Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

nein  ja

**14.2** Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein  ja, Formular R0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII bitte beifügen.

Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

nein  ja am 

Tag	Monat	Jahr

  
Bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

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

Von welcher Stelle zuletzt?

nein  ja

Aktenzeichen

	Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr
vom				bis			



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

**14.4** Haben Sie unmittelbar vor diesem Rehabilitationsantrag bereits bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Mutter-Kind-Leistungen / Vater-Kind-Leistungen (Vorsorge oder Rehabilitation) gestellt beziehungsweise sind solche Leistungen zuvor verordnet worden? (Vorhandene Unterlagen bitte beifügen!)

nein  ja am 

Tag	Monat	Jahr

Name der Krankenkasse

Aktenzeichen

**15 Antragstellung durch eine andere Person**

**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

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

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

Vorname (Rufname)

Dienststelle

gegebenenfalls Aktenzeichen

in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter  Vormund  Betreuer  Bevollmächtigter

Straße

Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Wohnort

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax (Angabe freiwillig)

E-Mail (Angabe freiwillig)

noch E-Mail (Angabe freiwillig)



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 15

für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 10 Ziffer 20)

Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit  
der Versicherten / des Versicherten

ist beigefügt

wird nachgereicht

## 16 Bankverbindung

(die Angabe ist freiwillig, zugleich für eine Überweisung unverzichtbar)

IBAN (International Bank Account Number)

D E

Geldinstitut:

Name

Ort

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:

Name

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

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

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

Vorname (Rufname)

Straße

Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

## 17 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, Führhund oder Assistenzhund)?

nein  ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

## 18 Dokumentenzugang

### 18.1 Per De-Mail

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.

Meine De-Mail-Adresse lautet:

De-Mail
noch De-Mail

### 18.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten. Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

## 19 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)

### 19.1 Einwilligungserklärung

**Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt, erhalten darf. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

**Ich willige ein**, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

**Ich willige außerdem ein**, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) beziehungsweise der §§ 116, 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

### 19.2 Information

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen.









Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 4

Arbeitslos gemeldet?

bei welcher Agentur für Arbeit?

nein  ja, am

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

nein  ja, gegebenenfalls Wünsche zur innerbetrieblichen Umsetzung:

**Arbeitshaltung**

**Heben / Tragen**

ständig      überwiegend      zeitweise

Art der Lasten:

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

Gewichte häufig bis \_\_\_\_\_ kg gelegentlich bis \_\_\_\_\_ kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

nein  ja, folgende

weitere Bemerkungen

**Arbeitsorganisation**

**Äußere Einflüsse**

**Berufliches Kraftfahren**

Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Stunden / Woche

- Ganztagsarbeit
- Teilzeitarbeit
- andere Arbeitszeitmodelle

- Kälte, Zugluft, Nässe
- Hitze
- starke Staubentwicklung
- Rauchentwicklung
- starker Lärm
- Lärmschutz muss getragen werden
- Erschütterungen / Vibrationen
- Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?
- hautreizende Stoffe, welche?
- atemwegsreizende Stoffe, welche?
- überwiegend im Freien
- überwiegend in Rohbauten
- überwiegend witterungsgeschützt

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

**Sonstiges**

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

regelmäßige Frühschicht / Spätschicht

regelmäßige Dreischicht  
 nur Nachtschicht  
 starrer maschinengebundener Arbeitstakt

Einzelakkord  Gruppenakkord  
Beschreibung





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

## 6 Arztbehandlungen

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

Name, Vorname und Anschrift

Fachrichtung

Erkrankung

## 7 Begutachtungen

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

nein  ja, wann und von welcher Stelle?

## 8 Betriebsarzt / Personalarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

nein  ja, wegen

Ist ein Betriebsarzt / Personalarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Personalarztes

nein  ja

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

nein  ja

## 9 Bereits gestellte Anträge

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

Name und Anschrift des Leistungsträgers

nein  ja

Ort, Datum

Unterschrift





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT/ MSNR

noch zu Ziffer 1.1

Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt?

nein  ja

**Wenn ja:**

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

nein  ja

Haben Sie Gefühlsstörungen an den Füßen?

nein  ja

Sind bei Ihnen Durchblutungsstörungen der Beine bekannt?

nein  ja

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

nein  ja

Sind Sie schon einmal an den Füßen operiert worden?

nein  ja

**Wenn ja, weshalb?**

**Bei Folgeanträgen:** Ist der bisher bezuschusste orthopädische Fußschutz oder sind die orthopädischen Arbeitsschuhe noch gebrauchsfähig?

nein  ja

**Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:**

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

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

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

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

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

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

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



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT/ MSNR

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

Name und Anschrift des Arbeitgebers beschäftigt seit

Art des Betriebes (zum Beispiel Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)

genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)

<b>Arbeitshaltung</b>	ständig	überwiegend	zeitweise	<b>Heben / Tragen</b>
				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"/>	Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg
gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?
Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende
kniend / hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>weitere Bemerkungen</b>
auf Gerüsten / Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

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







Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT/ MSNR

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

Durch welche Versorgung können diese gebessert werden?

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

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

nein       ja, wann \_\_\_\_\_

Welche Besonderheiten bzw. Veränderungen am Sicherheitsschuh sind medizinisch notwendig?

- antistatische Einlagen
- Verkürzungsausgleich
- Ballenpolster
- Schmetterlingsrolle
- sonstiges

Falls Maßschuhe verordnet werden: Warum reichen Baumusterschuhe nicht aus?

**Bemerkungen**

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

Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen erbeten:     ja       nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

## Abrechnung des Honorars

Versicherungsnummer

### Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe

Patient/in (Name, Vorname)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Bei Angehörigen: Name und Geburtsdatum des versicherten Elternteils/Ehegatten/gleichgeschlechtlichen Lebenspartners	

### Ärztlicher Befundbericht

(einschl. Schreibgebühr, Kopien und Portokosten)

**28,44 EUR**

#### Hinweis:

**Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen ist.**

### Überweisungsweg

Name des Kontoinhabers	Kennziffer des Arztes
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
IBAN (International Bank Account Number) <b>DE</b>	BIC (Bank Identifier Code)
Geldinstitut (Name, Ort)	
Rechnungsnummer	

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

L.-Art	Versicherungsnummer	Datum Anforderung	Kennzeichen

## Ärztlicher Befundbericht

1	Familienname, Vorname	Geburtsdatum
2	Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
3	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnose): 1.  2.  3.  4.	
4	Jetzige Beschwerden:	
5	Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen:	
6	Krankheitsvorgeschichte (insbesondere wichtige Krankenhausaufenthalte/Konsiliaruntersuchungen in den letzten 2 Jahren, möglichst als Kopie)	
7	Bisherige und derzeitige Therapie	

8 Familienname, Vorname Geburtsdatum

9 Untersuchungsbefunde: letzte Untersuchung am  
Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm RR: \_\_\_\_\_ mm Hg  
von der Norm abweichende klinische Untersuchungsbefunde:

10 Wichtige medizinisch-technische Befunde (möglichst Unterlagen als Kopie beifügen):

11 Patient befindet sich seit dem \_\_\_\_\_  regelmäßig  monatlich  quartalsweise  gelegentlich  
in meiner Behandlung

12 zur Zeit arbeitsunfähig?  nein  ja, seit: \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

13 Arbeitsunfähigkeit in den letzten 2 Jahren?  nein  ja, mehr als 3 Monate  mehr als 6 Monate  
wegen \_\_\_\_\_

14 Befundänderungen in den letzten 12 Monaten?  nein  Besserung  Verschlechterung seit \_\_\_\_\_  
Befundänderungen in den letzten 3 Jahren?  nein  Besserung  Verschlechterung seit \_\_\_\_\_

15 Verständigung in deutscher Sprache möglich?  ja  nein, in welcher \_\_\_\_\_

16 Besteht Reisefähigkeit für öffentl. Verkehrsmittel?  ja  nein, Bemerkungen \_\_\_\_\_

17 Besserung der Leistungsfähigkeit ggf. möglich?  nein  ja, durch medizinische Rehabilitation  
 kann ich nicht beurteilen  ja, durch Leistungen zur Teilhabe am  
Arbeitsleben

18 Bemerkungen:

19  Erbitte Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers; Tel.-Nr. des Arztes: \_\_\_\_\_

20  Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen

**Bitte beiliegende Gebühren-  
rechnung ausfüllen!**

Ort/Datum Unterschrift des Arztes/Stempel

Postleitzahl, Wohnort, Straße



## Hinweise für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt

Die medizinischen Angaben sind für uns vor allem unter dem Gesichtspunkt von Interesse, inwieweit die Erkrankungen auf das Erwerbsleben Ihrer Patientin/Ihres Patienten einen leistungsmindernden Einfluss haben. Deshalb bitten wir Sie, neben Nennung der konkret vorliegenden Diagnosen, vor allem um Angaben zu Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabestörungen.

Ihre Patientin/Ihr Patient hat Sie in ihrem/seinem Rentenantrag von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden und ist ebenfalls mit der vollständigen Weitergabe der Ihnen vorliegenden Unterlagen von anderen Ärzten bzw. anderen Stellen einverstanden. In diesem Zusammenhang weisen wir auf § 100 des Sozialgesetzbuches X hin. Danach ist der Arzt oder Angehörige eines anderen Heilberufes verpflichtet, dem Leistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht zahlen wir auf der Grundlage der Empfehlung zur Vergütung ärztlicher Leistungen für die gesetzliche Rentenversicherung zum 01.01.2017 ein Honorar, einschließlich Porto, Fotokopien und Schreibgebühren. Bitte verwenden Sie die beiliegende Gebührenrechnung. Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Befundbericht (z. B. zusätzliche Untersuchungen) können vom Rentenversicherungsträger nicht erstattet werden. Wenn ohne neue Befunderhebung kein Befundbericht erstellt werden kann, bitten wir Sie, auf das Ausfüllen des Formulars zu verzichten und uns unverzüglich zu informieren.

Die zeitnahe Erstellung des Befundberichtes liegt auch im Interesse Ihrer Patientin/Ihres Patienten.

# 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