



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)

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



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT / MSNR Eingangsstempel der
Antrag aufnehmenden Stelle

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

Eingangsstempel des
Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte - Rehabilitationsantrag

G0100

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund Sechstes Buch Sozialgesetzbuch und Neuntes Buch Sozialgesetzbuch von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Blockschrift
(GROSSBUCHSTABEN) in schwarz oder blau

Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter **schriftlich** aufgefordert, diesen Antrag zu stellen?

nein ja, die Krankenkasse ja, die Agentur für Arbeit ja, das Jobcenter

Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen!

1 Beantragte Leistung

<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztätig ambulant	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztätig ambulant <input type="checkbox"/> ambulant	
<input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlungen	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur onkologischen Rehabilitation	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen!
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztätig ambulant	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)	Anlage (Formular G0130) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeughilfe	Anlagen (Formulare G0140, G0141 und G0142) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind	Anlagen (Formular G0133 und gegebenenfalls G0134 oder G0136) bitte beifügen!



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;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">Tag</td><td style="font-size: 8px;">Monat</td><td style="font-size: 8px;">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

9 Beiträge zur Sozialversicherung

9.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

nein ja

9.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

nein ja

Staat

vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

9.3 Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?

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

10 Bezug von Arbeitslosengeld II

Beziehen oder bezogen Sie im laufenden Kalenderjahr Arbeitslosengeld II?

nein ja, bitte entsprechende Nachweise beifügen!

11 Beamteneigenschaft

Wird eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

nein ja

12 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

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

Name des Rentenversicherungsträgers

nein ja

13 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente

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

Art der Leistung

nein ja



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

 vom

vom

bis

Tag	Monat	Jahr



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 **19.2**

Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter oder Rehabilitationseinrichtungen) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenkassen.

19.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

20 Unterschrift

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:

- der Antragstellerin / des Antragstellers

oder

- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift

21 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse

Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt, benötigen wir das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und das Formular G0120 - AUD-Beleg - von der Krankenkasse auszufüllen - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

21.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
21.2 AUD-Beleg ist beigelegt	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
Datum	



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

--	--	--	--

**Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
(Berufliche Rehabilitation)**

G0130

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

1 Schulausbildung

<input type="checkbox"/> Hauptschule / Polytechnische Oberschule (8 Klassen)	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Realschule (Mittelschule) / Polytechnische Oberschule (10 Klassen)	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Gymnasium / Erweiterte Oberschule	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Gesamtschule	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Sonstige Schule Art der Schule	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Berufsschule / Berufsfachschule / Berufsaufbauschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachoberschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachhochschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Hochschule / Universität	Schuljahre oder Semester von - bis
Erreichte Schulabschlüsse oder Art der abgelegten Prüfungen	

2 Berufsausbildung

2.1 Welche Berufsausbildung haben Sie?		
Berufsausbildung als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
Berufsausbildung als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
2.2 Abgebrochene Berufsausbildung		
als	warum abgebrochen?	am



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

2.3 Anlernberuf		
als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
2.4 Sind Sie schon einmal umgeschult worden?		
Umschulungsberuf		von - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung?		
Wurde die Umschulung erfolgreich beendet?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Wer war Kostenträger (zum Beispiel Agentur für Arbeit)?		Aktenzeichen
Wo erfolgte die Umschulung (zum Beispiel Berufsförderungswerk)?		
2.5 Haben Sie an Lehrgängen, Fernlehrgängen oder Kursen teilgenommen?		
Art und Zeitraum		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Wurden die Lehrgänge, Fernlehrgänge oder Kurse erfolgreich beendet?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
2.6 Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?		
Sprache und Beherrschungsgrad		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

3 Bisher ausgeübte Tätigkeiten

von - bis	Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung)	Aufgegeben wegen (zum Beispiel Krankheit oder Kündigung)

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

Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt seit	Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb
Art des Betriebes (zum Beispiel Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)		
genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)		
ausgeübt von - bis	beendet wegen	
Arbeit suchend gemeldet?	bei welcher Agentur für Arbeit?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 4

Arbeitslos gemeldet?

bei welcher Agentur für Arbeit?

nein ja, am

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

nein ja, gegebenenfalls Wünsche zur innerbetrieblichen Umsetzung:

Arbeitshaltung

Heben / Tragen

ständig überwiegend zeitweise

Art der Lasten:

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

Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

nein ja, folgende

weitere Bemerkungen

Arbeitsorganisation

Äußere Einflüsse

Berufliches Kraftfahren

Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche

- Ganztagsarbeit
- Teilzeitarbeit
- andere Arbeitszeitmodelle

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

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

Sonstiges

- 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

noch Ziffer 4

Warum glauben Sie, die bisherige Arbeit nicht mehr verrichten zu können - gesundheitliche beziehungsweise andere Gründe -? Bitte Beschwerden angeben.

Mit welchen Leistungen könnte die Deutsche Rentenversicherung Ihnen nach Ihrer Meinung helfen?

5 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von - bis	wegen

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Bluthochdruck, Herzerkrankung, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?

nein ja, Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe:

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

nein ja

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

6 Arztbehandlungen

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

Name, Vorname und Anschrift

Fachrichtung

Erkrankung

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)

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



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT/ MSNR

--	--	--	--	--

**Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die
behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind**

G0133

Name, Vorname	Geburtsdatum

Erstantrag Folgeantrag

1 Beantragte Leistung

Übernahme der Kosten für	
1.1 <input type="checkbox"/> orthopädische Sicherheitsschuhe	<input type="checkbox"/> orthopädische Arbeitsschuhe
1.2 <input type="checkbox"/> orthopädischen Fahrersitz für einen	<input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Lkw
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
1.3 <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzausstattung und Sonstiges	
zum Beispiel:	
<input type="checkbox"/> orthopädischer Bürostuhl	<input type="checkbox"/> _____
1.4 <input type="checkbox"/> berufsbedingten Mehrbedarf einer Hörhilfe	

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

Haben Sie das Hilfsmittel beziehungsweise die technische Arbeitshilfe verbindlich bestellt oder bereits gekauft?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

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

Müssen Sie auch außerhalb des Arbeitsplatzes Schuhe mit orthopädischer Ausstattung tragen?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja: Werden die Kosten dafür gegebenenfalls von Ihrer Krankenkasse, der Berufsgenossenschaft oder von anderen Kostenträgern übernommen?
Von welcher Stelle?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist aufgrund der Fußfehlform oder Funktionseinschränkung im Bereich der Füße eine Behinderung, gegebenenfalls welcher Grad der Behinderung festgestellt worden?
Grad der Behinderung (GdB)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT/ MSNR

noch zu Ziffer 1.1

<p>Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja: Hatten Sie schon einmal Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Haben Sie Gefühlsstörungen an den Füßen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Sind bei Ihnen Durchblutungsstörungen der Beine bekannt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja: Hatten Sie schon einmal Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Sind Sie schon einmal an den Füßen operiert worden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, weshalb?</p>
<p>Bei Folgeanträgen: Ist der bisher bezuschusste orthopädische Fußschutz oder sind die orthopädischen Arbeitsschuhe noch gebrauchsfähig?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100) - Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers (Formular G0134) - Angebot eines Orthopädieschuhmachers - Beim Erstantrag: Befundbericht des orthopädischen Facharztes (mit Trittspur auf Blaupapier mit Fußmaßen, bei Diabetesversorgungen oder orthopädischen Maßschuhen zusätzlich Foto der Füße und Befundbogen) Beim Folgeantrag: Fachärztliche Empfehlung mit Begründung

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

<ul style="list-style-type: none"> - 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:

<ul style="list-style-type: none"> - 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:

<ul style="list-style-type: none"> - Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100) - Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe (Vorderseite und Rückseite) - Kostenvoranschlag und der Anpassbericht des Hörgeräteakustikers <p>Angaben unter Ziffer 2 Arbeitsplatzbeschreibung sind nicht erforderlich.</p>
--



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT/ MSNR

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

Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt seit
-------------------------------------	------------------

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

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

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

Arbeitsorganisation	Äußere Einflüsse	Berufliches Kraftfahren
Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche	<input type="checkbox"/> Kälte, Zugluft, Nässe	<input type="checkbox"/> Pkw
<input type="checkbox"/> Ganztagsarbeit	<input type="checkbox"/> Hitze	<input type="checkbox"/> Lkw
<input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit	<input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung	<input type="checkbox"/> Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge
<input type="checkbox"/> andere Arbeitszeitmodelle	<input type="checkbox"/> Rauchentwicklung	<input type="checkbox"/> Personenbeförderung
	<input type="checkbox"/> starker Lärm	<input type="checkbox"/> Gefahrguttransport
	<input type="checkbox"/> Lärmschutz muss getragen werden	Sonstiges
	<input type="checkbox"/> Erschütterungen / Vibrationen	<input type="checkbox"/> außerordentliche Konzentration erforderlich
<input type="checkbox"/> regelmäßige Frühschicht / Spätschicht	<input type="checkbox"/> Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?	<input type="checkbox"/> überwiegend Bildschirmarbeit
<input type="checkbox"/> regelmäßige Dreischicht 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

3 Gesundheitliche Probleme

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?			
Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit

4 Arztbehandlungen

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?		
Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

5 Begutachtungen

Sind Sie in den letzten 12 Monaten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von der Agentur für Arbeit oder von einer anderen Stelle begutachtet worden?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und von welcher Stelle?

6 Betriebsarzt / Personalarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen
Ist ein Betriebsarzt / Personalarzt vorhanden?
Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Personalarztes
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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).
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

7 Bereits gestellte Anträge

Haben Sie aktuell einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem anderen Leistungsträger gestellt (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft, Integrationsamt)?	
Name und Anschrift des Leistungsträgers	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT/ MSNR

--	--	--	--

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

nein ja, bis

Das Beschäftigungsverhältnis ist gekündigt

nein ja, zum

Die Versicherte / der Versicherte ist verpflichtet, am Arbeitsplatz aufgrund geltender Unfallverhütungsvorschriften

Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) zu tragen.

nein ja

Arbeitsschuhe zu tragen. (Beantwortung von Ziffer 2 nicht erforderlich)

nein ja

2 Sicherheitsschuhe sind demnach - entsprechend dem Gefährdungsrisiko der Versicherten / des Versicherten am Arbeitsplatz - in folgender Ausführung notwendig: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Schuhform:

- A Halbschuh
- B Stiefel niedrig
- C Stiefel halbhoch
- D Stiefel hoch
- E Stiefel Oberschenkelhoch

Klassifizierung I Schuhe aus Leder oder anderen Materialien, mit Ausnahme von Vollgummischuhen oder Gesamtpolymerschuh

Kategorie Schutzfunktion

- SB Schuhe mit Zehenkappe 200 Joule
- S1 zusätzlich: Geschlossener Fersenbereich, Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
- S2 wie S1, zusätzlich: Wasserdurchtritt, Wasseraufnahme
- S3 wie S2, zusätzlich: Durchtrittssicherheit, profilierte Laufsohle



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) DE	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

Abrechnung des Honorars

Versicherungsnummer	Datum der Anforderung	Kennzeichen
---------------------	-----------------------	-------------

Ärztlicher Befundbericht im Rentenverfahren

Patient/in (Name, Vorname)		Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	

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	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
IBAN (International Bank Account Number)	
BIC (Bank Identifier Code)	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Rechnungsnummer	

 Ort, Datum

 Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

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