SANITÄTSHAUS Pfänder
Inh. Mike Dehn

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: Folgeversorgung Deutsche Rentenversicherung

Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, müssen die beigefügten Unterlagen komplett ausgefüllt werden.

Unvollständige Anträge können vom Versicherungsträger nicht bearbeitet werden.

1. Formular Kurzantrag auf Gewährung (REHA0031)

Dieses Formular ist vom Versicherten bei einer Folgeversorgung auszufüllen und zu unterschreiben.

Benötigt wird zudem ein Rezept vom Facharzt für Orthopädie: 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.

2. Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers (G0134)

Diese ist vom Arbeitgeber vollständig auszufüllen und zu unterschreiben.

Nachdem alle Unterlagen komplett ausgefüllt sind, senden Sie diese zusammen mit dem Rezept an das

Sanitätshaus Pfänder, z.Hd. Frau Schmitz, Munzinger Str. 5c, 79111 Freiburg

Wir erstellen damit einen Kostenvoranschlag an den Versicherungsträger zur Prüfung der Kostenübernahme und kommen anschließend auf Sie zu.

Deutsche Rentenversicherung
Baden-Württemberg
Gartenstraße 105, 76122 Karlsruhe
Adalbert-Stifter-Straße 105, 70429 Stuttgart

www.deutsche-rentenversicherung-bw.de
info@drv-bw.de
Telefon 0721 825-0, Telefax 0721 825-21229
Telefon 0711 848-0, Telefax 0711 848-21438

Deutsche Rentenversicherung

Kurzantrag auf Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 Abs. 8 Nr. 4 SGB IX) - Orthopädischer Fußschutz -

Bitte beachten Sie, dass

- die Kosten für individuelle orthopädische Einlagenversorgung, Zurichtungen oder behinderungsbedingt erforderliches Maßschuhwerk von der Rentenversicherung nur übernommen werden, wenn der betreffende Arbeitnehmer im Rahmen der Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft Fußschutz (z. B. Sicherheitsschuhe, Schutzschuhe und Berufsschuhe) als persönliche Schutzausrüstung tragen muss.
- eine Bearbeitung des Antrags ohne die Anlage „Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers“ (Vordruck G0134) nicht erfolgen kann.
- bei erstmaliger Beantragung von orthopädischem Fußschutz ein ausführlicher Antrag und Befundberichte (Vordrucke G0100, G0133, G0134, REHA0200 **und** REHA0205) erforderlich ist.

Für die Antragsbearbeitung des Folgeantrags benötigen wir zusätzlich:
- von Ihrem Orthopäden eine Verordnung des orthopädischen Fußschutzes und
- von Ihrem Orthopädieschuhmacher einen **Kostenvoranschlag.**

Bitte reichen Sie diese Unterlagen gemeinsam mit diesem Antrag ein.

Name	Vorname
Straße	Postleitzahl, Wohnort
Versicherungsnummer	Telefonnummer

Arbeitsplatzbeschreibung

Name und Anschrift des Arbeitgebers	Art des Betriebes (z. B. Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)
genaue Tätigkeit zurzeit/zuletzt (z. B. Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)	

Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate arbeitsunfähig, im Krankenhaus oder haben Sie an einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation teilgenommen? (bitte vorhandene Berichte beifügen)

	vom - bis	wegen
☐ nein ☐ ja		

Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (z. B. Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?

	Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe
☐ nein ☐ ja	

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

Name und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

REHA0031.07/17

Versicherungsnummer

Hiermit beantrage ich die Gewährung von orthopädischem Fußschutz

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

☐ Die Anlage „Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers (Vordruck G0134)“

☐ Ärztliche Verordnung durch den Orthopäden

☐ Ein Kostenvoranschlag für den Fußschutz vom Orthopädieschuhmacher

☐

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

☐ als Großdruck

☐ in Braille (Kurzschrift)

☐ in Braille (Vollschrift)

☐ als CD (Schrift-/Textdatei im „doc“-Format)

☐ als Hörmedium (CD-DAISY-Format)

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 anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. 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 auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110/111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) bzw. der §§ 116/119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde(Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

REHA0031.07/17

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 Gesamtpolymerschuhen

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: Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle

G0134-00 DRV
V002 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015

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: Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle

Notwendige Zusatzanforderungen 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 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

G0134-00 DRV
V002 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015