



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.

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.

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 Orthopädienschuhmacher 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)

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

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

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe

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

Name und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

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 Orthopädienschuhmacher
-

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
- als CD (Schrift-/Textdatei im „doc“-Format)
- in Braille (Kurzschrift)
- als Hörmedium (CD-DAISY-Format)
- in Braille (Vollschrift)

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

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



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

