

Sie möchten einen Antrag auf die Versorgung mit orthopädischen Einlagen für Arbeitssicherheitsschuhe bzw. auf orthopädische Arbeitsschuhe bei Ihrem Versicherungsträger stellen. Die hierzu erforderlichen Dokumente finden Sie nachfolgend.

Formular	Auszufüllen von
Datenschutzerklärung	Antragsteller
Ärztlicher Befundbericht	Facharzt
G0134	Arbeitgeber
G0100	Antragsteller
G0130	Antragsteller

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

Wichtiger Hinweis für die Genehmigung des orthopädischen Hilfsmittels

Der Versicherungsträger hat uns informiert, dass die Genehmigung Ihres orthopädischen Hilfsmittels ab sofort Ihnen direkt zugestellt wird. Unser Unternehmen erhält keine gesonderten Informationen mehr darüber, ob Ihre Einlagen genehmigt worden, oder sogar evtl. abgelehnt worden sind. Diese Änderungen erfordert nun Ihre Unterstützung und folgenden Informationsfluss:

Sobald Ihnen das Schreiben Ihres Versicherungsträgers für das orthopädische Hilfsmittel vorliegt, informieren Sie uns bitte und lassen uns eine Kopie Ihrer Genehmigung zukommen. Erst nach dieser Information kann eine (Weiter-)Bearbeitung Ihrer Versorgung erfolgen.

Für Ihre Unterstützung besten Dank im Voraus.

Poststrasse 25
63607 **Wächtersbach**

Fon. 0 60 53 · 25 33
Fax. 0 60 53 · 41 75

In der Aue 3
63584 **Gründau-Lieblos**

Fon. 0 60 51 · 47 47 55 2
Fax. 0 60 51 · 47 47 55 3

Datenschutzerklärung des Patienten

Um Ihren Antrag auf orthopädische Einlagen und /oder Sicherheitsschuhe bei Ihrem Versicherungsträger komplett einzureichen, benötigen wir alle dazu gehörigen Unterlagen.

Diese werden durch uns an Ihren Versicherungsträger postalisch weitergeleitet. Die betroffenen Unterlagen werden nicht durch uns archiviert und nur an den Versicherungsträger weitergeleitet. Für den Inhalt Ihrer Unterlagen tragen wir keine Verantwortung.

Name, Vorname

Straße

PLZ | Ort

Geburtsdatum

Hiermit beauftrage ich Schaub Schuhtechnik, meinen Auftrag auf orthopädische Einlagen und/oder Sicherheitsschuhe bei meinem Versicherungsträger einzureichen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zu diesem Zweck meine persönlichen Daten an den entsprechenden Versicherungsträger weitergeleitet werden. Mit einer zusätzlichen Verwendung meiner Daten darüber hinaus erkläre ich mich nicht einverstanden.

Datum und Unterschrift

Poststrasse 25
63607 **Wächtersbach**

Fon. 0 60 53 · 25 33
Fax. 0 60 53 · 41 75

In der Aue 3
63584 **Gründau-Lieblos**

Fon. 0 60 51 · 47 47 55 2
Fax. 0 60 51 · 47 47 55 3

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe

Bei erstmaligem Antrag bitte dem Facharzt für Orthopädie vorlegen!

Versicherungsnummer

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht wird eine Gebühr von 28,20 EUR (inklusive Schreibgebühr, Fotokopien und Porto) erstattet.

Hinweis: Eine Vergütung ist nur möglich, wenn Ihr Patient auch tatsächlich einen entsprechenden Antrag stellt.

Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname bitte unterstreichen)		Geburtsname	
Geburtsdatum		Geschlecht			
		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Straße, Hausnummer					
Postleitzahl		Wohnort			
Beruf (Bitte genaue Arbeitsplatzbeschreibung beifügen!)					
Maßangaben					
Gewicht		_____ kg		Größe _____ cm	

Beschwerden und Funktionseinschränkungen aktuell

Diagnosen:

Beschreiben Sie bitte ausführlich die bestehenden Funktionseinschränkungen und / oder Schmerzsymptomatik.
Bitte Befunde beifügen

Durch welche Versorgung können diese gebessert werden?

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

bitte wenden

Wurden bereits früher orthopädische Schuhe 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 beigelegten ärztlichen Unterlagen erbeten:

☐ ja

☐ nein

ausstellende Ärztin / ausstellender Arzt

Zulassungsnummer

Name, Vorname

Telefon

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Bankverbindung

International Bank Account Number

IBAN

Bank Identifier Code

BIC

D E

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

MSAT/ MSNR

<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

**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
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

1 Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis	
Das Beschäftigungsverhältnis ist gekündigt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zum	
Die Versicherte / der Versicherte ist verpflichtet, am Arbeitsplatz aufgrund geltender Unfallverhütungsvorschriften <input type="checkbox"/> Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) zu tragen. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Arbeitsschuhe zu tragen. (Beantwortung von Ziffer 2 nicht erforderlich) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
2 Sicherheitsschuhe sind demnach - entsprechend dem Gefährdungsrisiko der Versicherten / des Versicherten am Arbeitsplatz - in folgender Ausführung notwendig: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
Schuhform: <input type="checkbox"/> A Halbschuh <input type="checkbox"/> B Stiefel niedrig <input type="checkbox"/> C Stiefel halbhoch <input type="checkbox"/> D Stiefel hoch <input type="checkbox"/> E Stiefel Oberschenkelhoch	
Klassifizierung I Schuhe aus Leder oder anderen Materialien, mit Ausnahme von Vollgummischuhen oder Gesamtpolymerschuhen	
Kategorie	Schutzfunktion
<input type="checkbox"/> SB	Schuhe mit Zehenkappe 200 Joule
<input type="checkbox"/> S1	zusätzlich: Geschlossener Fersenbereich, Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
<input type="checkbox"/> S2	wie S1, zusätzlich: Wasserdurchtritt, Wasseraufnahme
<input type="checkbox"/> S3	wie S2, zusätzlich: Durchtrittssicherheit, profilierte Laufsohle



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	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 - SGB VI und Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX 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 (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 folgende SGB IX)	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 folgende SGB IX)	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant <input type="checkbox"/> ambulant	
<input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlungen	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (§ 15 oder § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI)	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen!
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation - § 16 SGB VI in Verbindung mit § 33 folgende SGB IX)	Anlage (Formular G0130) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeughilfe (§ 33 Absatz 8 Nummer 1 SGB IX)	Anlagen (Formulare G0140, G0141 und G0142) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind (§ 33 Absatz 8 Nummer 4 und 5 SGB IX)	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			Tag Monat Jahr
			bis:
Geburtsdatum	Geschlecht		
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
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
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Angaben zum Familienstand und Beruf

3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)	
<input type="text"/> 0 ledig	<input type="text"/> 1 verheiratet
<input type="text"/> 2 geschieden	<input type="text"/> 3 verwitwet
3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)	
<input type="text"/>	

4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

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

<input type="text"/> 0 nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner)	<input type="text"/> 1 Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student)	<input type="text"/> 2 ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)
<input type="text"/> 3 angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)	<input type="text"/> 4 Facharbeiter	<input type="text"/> 5 Meister, Polier
<input type="text"/> 6 Angestellter	<input type="text"/> 7 Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechts	<input type="text"/> 8 Selbständiger

5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

<input type="text"/> 0 nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)	<input type="text"/> 1 Ganztagsarbeit ohne Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht	<input type="text"/> 2 Ganztagsarbeit mit Wechselschicht / Akkord
<input type="text"/> 3 Ganztagsarbeit mit Nachtschicht	<input type="text"/> 4 Teilzeitarbeit, weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	<input type="text"/> 5 Teilzeitarbeit, mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit
<input type="text"/> 6 ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann	<input type="text"/> 7 arbeitslos gemeldet	<input type="text"/> 8 Heimarbeit
<input type="text"/> 9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen		

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

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?	
<input type="text"/> 0 nein	<input type="text"/> 1 ja



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR

7 Krankenkasse

Name
Straße
Hausnummer
Adresszusatz
Postleitzahl
Ort
telefonisch tagsüber zu erreichen
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung

8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Name
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)
Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Vorname (Rufname)
Straße
Hausnummer
Adresszusatz
Postleitzahl
Ort
telefonisch tagsüber zu erreichen



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?

Staat

☐ nein ☐ ja

Taq

Monat

[illegible]

Taq

Monat

Jahr

vom

bis

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,
- Verfolgtenleiden,
- 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
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> 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 beigelegt ☐ 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, Führungshund 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.

Mit der Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form 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	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?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	

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

☐ nein ☐ ja, gegebenenfalls Wünsche zur innerbetrieblichen Umsetzung:

Arbeitshaltung

	ständig	überwiegend	zeitweise
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"/>

Heben / Tragen

Art der Lasten:

Gewichte häufig bis kg gelegentlich bis kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

☐ nein ☐ ja, folgende

weitere Bemerkungen

Arbeitsorganisation

Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche

☐ Ganztagsarbeit

☐ Teilzeitarbeit

☐ andere Arbeitszeitmodelle

☐ regelmäßige Frühschicht / Spätschicht

☐ regelmäßige Dreischicht

☐ nur Nachtschicht

☐ starrer maschinengebundener Arbeitstakt

☐ Einzelakkord ☐ Gruppenakkord

Beschreibung

Äußere Einflüsse

☐ 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

Berufliches Kraftfahren

☐ 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)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>

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
	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

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

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe:
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>

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

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 50%;">Art der Behinderung</th> <th style="width: 15%;">Grad der Behinderung</th> <th style="width: 15%;">Merkzeichen</th> <th style="width: 20%;">seit</th> </tr> <tr> <td> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> </td> <td> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> </td> <td> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> </td> <td> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> </td> </tr> </table>	Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>
Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit					
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>					



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

