

# SCHAUB

## SCHUHTECHNIK

Sie möchten einen Folgeantrag 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
G0135	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 <b>Arbeitsplatzbeschreibung</b> 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 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>



**Deutsche  
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

## Antrag auf Folgeversorgung oder Wechselversorgung für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

# G0135

**Hinweise:** Diesen Antrag nur verwenden, wenn die bisherige Tätigkeit bei demselben Arbeitgeber ausgeübt wird. Der Antrag ist vor dem Kauf beziehungsweise vor der verbindlichen Bestellung zu stellen.

Name, Vorname	Geburtsdatum
<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>

### 1 Beantragte Leistung

Bitte fügen Sie ein Angebot eines Orthopädieschuhmachers und eine fachärztliche Empfehlung mit Begründung bei.

- ☐ Folgeversorgung
- ☐ Wechselversorgung

Übernahme der Kosten für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

- ☐ maßgefertigte Einlagen
- ☐ Zurichtungen
- ☐ semiorthopädische Schuhe / Modulschuhe
- ☐ Maßschuhe

### 2 Begründung

kurze Beschreibung des Verschleißes

- ☐ irreparabler Verschleiß \_\_\_\_\_
- ☐ hygienische Anforderungen (ausgeprägte Schweißbildung)
- ☐ hygienische Anforderungen (täglicher Feuchtigkeitseinfluss von außen)



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

### 3 Ergänzende Angaben

Haben Sie bereits verbindlich bestellt oder gekauft?

☐ nein

☐ ja

Ich führe meine Tätigkeit unverändert fort:

☐ nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

☐ ja

Ich bin noch bei demselben Arbeitgeber beschäftigt:

☐ nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

☐ ja

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

### 4 Angaben des Arbeitgebers

Die Angaben der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers werden bestätigt.

Der Arbeitgeber beteiligt sich an den Kosten in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigelegt:

☐ Angebot eines Orthopädienschuhmachers

☐ fachärztliche Empfehlung mit Begründung

☐ \_\_\_\_\_

