

Versicherungsnummer



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





Versicherungsnummer
---------------------

noch Ziffer 2

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Telefax (Angabe freiwillig)

### 3 Angaben zum Familienstand und Beruf

<b>3.1</b> Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)			
<input type="checkbox"/> 0 ledig	<input type="checkbox"/> 1 verheiratet	<input type="checkbox"/> 2 geschieden	<input type="checkbox"/> 3 verwitwet
<b>3.2</b> 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)

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

### 5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

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















Versicherungsnummer

#### 14 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

##### 14.1 Einwilligungserklärung

**Ich willige ein**, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden dürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die von mir Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Einrichtungen und Sozialleistungsträgern hierzu erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. **Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch Auskünfte 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.

Für den Fall, dass meine gesundheitlichen Einschränkungen auf einem schädigenden Ereignis beruhen, an dem ein Dritter beteiligt war und vom Rentenversicherungsträger zu prüfen ist, ob die in diesem Zusammenhang entstandenen beziehungsweise entstehenden Kosten vom Schadensverursacher zu erstatten sind (Einleitung eines Regressverfahrens), **willige ich ein**, dass die Deutsche Rentenversicherung die im laufenden Verfahren anfallenden ärztlichen Gutachten / Befundberichte, Krankheitsberichte (Krankengeschichte) und Röntgenaufnahmen, die von der Rentenversicherung erstellten Entlassungsberichte sowie die von mir beigefügten beziehungsweise bereits vorliegenden ärztlichen Unterlagen, soweit es für die Durchsetzung von Schadensersatzforderungen erforderlich ist, dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel dem Schädiger oder seiner Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlässt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen (§§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch, §§ 116, 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X).

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Soweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Folge, dass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem Rentenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antrag wegen mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch gemäß § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.

**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).

Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten

ist beigefügt

wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift



Versicherungsnummer
---------------------

**14.2 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) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Ebenfalls dürfen andere Sozialleistungsträger und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die medizinischen Daten, die dort bereits vorliegen, an uns weitergeben.

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 Krankenversicherungen.

**14.3 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.

**15 Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**16 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.

<b>16.1</b> Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
<b>16.2</b> AUD-Beleg ist beigefügt	
<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  
- 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
<b>Wenn ja:</b> 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

Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt?

nein  ja

**Wenn ja:**

Hatten Sie schon einmal Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?

nein  ja

Haben Sie Gefühlsstörungen an den Füßen?

nein  ja

Sind bei Ihnen Durchblutungsstörungen der Beine bekannt?

nein  ja

**Wenn ja:** Hatten Sie schon einmal Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?

nein  ja

Sind Sie schon einmal an den Füßen operiert worden?

nein  ja

**Wenn ja, weshalb?**

**Bei Folgeanträgen:** Ist der bisher bezuschusste orthopädische Fußschutz oder sind die orthopädischen Arbeitsschuhe noch gebrauchsfähig?

nein  ja

**Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:**

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers (Formular G0134)
- Angebot eines Orthopädeschuhmachers
- 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:**

- 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:**

- 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:**

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
  - Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe (Vorderseite und Rückseite)
  - Kostenvoranschlag und der Anpassbericht des Hörgeräteakustikers
- Angaben unter Ziffer 2 Arbeitsplatzbeschreibung sind nicht erforderlich.



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)

<p><b>Arbeitshaltung</b></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ständig</td> <td style="text-align: center;">überwiegend</td> <td style="text-align: center;">zeitweise</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">stehend</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">gehend</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">sitzend</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">gebückt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Arme über Brusthöhe</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">kniend / hockend</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">auf Gerüsten / Leitern</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		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"/>	<p><b>Heben / Tragen</b></p> <p>Art der Lasten:</p> <hr/> <p>Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg</p> <p>Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende</p> <p><b>weitere Bemerkungen</b></p> <hr/>
	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"/>																														

<p><b>Arbeitsorganisation</b></p> <p>Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche</p> <p><input type="checkbox"/> Ganztagsarbeit</p> <p><input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit</p> <p><input type="checkbox"/> andere Arbeitszeitmodelle</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> regelmäßige Frühschicht / Spätschicht</p> <p><input type="checkbox"/> regelmäßige Dreischicht</p> <p><input type="checkbox"/> nur Nachtschicht</p> <p><input type="checkbox"/> starrer maschinengebundener Arbeitstakt</p> <p><input type="checkbox"/> Einzelakkord <input type="checkbox"/> Gruppenakkord</p> <p>Beschreibung</p> <hr/>	<p><b>Äußere Einflüsse</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kälte, Zugluft, Nässe</p> <p><input type="checkbox"/> Hitze</p> <p><input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung</p> <p><input type="checkbox"/> Rauchentwicklung</p> <p><input type="checkbox"/> starker Lärm</p> <p><input type="checkbox"/> Lärmschutz muss getragen werden</p> <p><input type="checkbox"/> Erschütterungen / Vibrationen</p> <p><input type="checkbox"/> Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> hautreizende Stoffe, welche?</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> atemwegsreizende Stoffe, welche?</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> überwiegend im Freien</p> <p><input type="checkbox"/> überwiegend in Rohbauten</p> <p><input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt</p>	<p><b>Berufliches Kraftfahren</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pkw</p> <p><input type="checkbox"/> Lkw</p> <p><input type="checkbox"/> Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge</p> <p><input type="checkbox"/> Personenbeförderung</p> <p><input type="checkbox"/> Gefahrguttransport</p> <p><b>Sonstiges</b></p> <p><input type="checkbox"/> außerordentliche Konzentration erforderlich</p> <p><input type="checkbox"/> überwiegend Bildschirmarbeit</p> <p><input type="checkbox"/> besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)</p>
--	--	--







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

