

Versicherungsnummer

Grid for insurance number

Kennzeichen (soweit bekannt)

Grid for identification number



Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Grid for 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

Field for name and first name

Geburtsdatum

Grid for date of birth

Hinweis: Der Antrag ist vor dem Kauf beziehungsweise vor der verbindlichen Bestellung zu stellen.

Haben Sie das Hilfsmittel beziehungsweise die technische Arbeitshilfe verbindlich bestellt oder bereits gekauft?

nein ja

1 Beantragte Leistung

Orthopädische Ausstattung von Fußschutz / Arbeitsschuhen

Hinweis: Handelt es sich um einen Folgeantrag, bitte Formular G0135 verwenden!

maßgefertigte Einlagen

Maßschuhe

Zurichtungen

semiorthopädische Schuhe / Modulschuhe

bitte Ziffer 2 und 5 bis 10 ausfüllen!

Mehrbedarf bei Hörhilfen

bitte Ziffer 3 beachten und Ziffern 5 bis 10 ausfüllen!

Sonstige Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen

bitte Ziffer 4 beachten und Ziffern 5 bis 10 ausfüllen!

Art:

2 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz / für Arbeitsschuhe sind folgende Fragen zu beantworten:

Müssen Sie auch außerhalb des Arbeitsplatzes Schuhe mit orthopädischer Ausstattung tragen?

nein ja

Wenn ja: Werden die Kosten dafür gegebenenfalls von Ihrer Krankenkasse, der Berufsgenossenschaft oder von anderen Kostenträgern übernommen?

Von welcher Stelle?

nein ja

Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt?

nein ja

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

nein ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 2

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?**

Diesem **Antrag** sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers (Formular G0134)
- Befundbericht eines Orthopäden, Diabetologen oder Rheumatologen
- Angebot eines Orthopädieschuhmachers
  - Trittspur auf Blaupapier mit Fußmaßen oder Nachweis in einer vergleichbaren Bildgebung
  - bei Diabetesversorgungen oder orthopädischen Maßschuhen zusätzlich Foto der Füße und Befundbogen eines Orthopädieschuhmachers

**3 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für einen Mehrbedarf bei Hörhilfen 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

**4 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für sonstige Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen sind folgende Unterlagen beizufügen:**

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Fachärztliche Empfehlung mit Begründung und konkreter Diagnose
- Kostenvoranschlag mit ausführlicher Funktionsbeschreibung

**5 Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird)**

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Art des Betriebs (zum Beispiel Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)

genaue Tätigkeit (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)

Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet

nein  ja, bis \_\_\_\_\_

Das Beschäftigungsverhältnis ist gekündigt

nein  ja, zum \_\_\_\_\_



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

noch Ziffer 5

<b>Arbeitshaltung</b>	ständig	überwiegend	zeitweise	<b>Heben / Tragen</b> Art der Lasten:  <hr/>	
	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"/>	Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende <b>weitere Bemerkungen</b>	

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

**6 Gesundheitliche Probleme**

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 6

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

nein  ja

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit

## 7 Arztbehandlungen

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

Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

## 8 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?

## 9 Betriebsarzt / Werksarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

nein  ja, wegen \_\_\_\_\_

Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Werksarztes

nein  ja \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass sich der Rentenversicherungsträger mit dem Betriebsarzt / Werksarzt 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

## 10 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, Integrationsamt)?

Name und Anschrift des Leistungsträgers

Aktenzeichen

nein  ja \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

