

Versicherungsnummer

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

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe

Bei erstmaligem Antrag bitte dem Facharzt für Orthopädie vorlegen!

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht wird eine Gebühr von 28,44 EUR (inklusive Schreibgebühr, Fotokopien und Porto) erstattet.
Hinweis: Eine Vergütung ist nur möglich, wenn Ihr Patient tatsächlich einen entsprechenden Antrag stellt.

Angaben zur Person

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)		Geburtsname	
Geburtsdatum		Geschlecht			
		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Straße, Hausnummer					
Postleitzahl		Wohnort			
Beruf (bitte den Arbeitsplatz genau beschreiben)					
Maßangaben					
Gewicht _____ kg		Größe _____ cm			

Beschwerden und Funktionseinschränkungen aktuell

Diagnosen:

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

Versicherungsnummer

Durch welche Versorgung können diese gebessert werden?

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

Wurden bereits früher orthopädische 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 beigefügten ärztlichen Unterlagen erbeten:

 ja nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Abrechnung des Honorars

Versicherungsnummer

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe

Patient/in (Name, Vorname)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Bei Angehörigen: Name und Geburtsdatum des versicherten Elternteils/Ehegatten/gleichgeschlechtlichen Lebenspartners	

Ärztlicher Befundbericht

(einschl. Schreibgebühr, Kopien und Portokosten)

28,44 EUR

Hinweis:

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen ist.

Überweisungsweg

Name des Kontoinhabers	Kennziffer des Arztes
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
DE	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Rechnungsnummer	

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

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

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 beigelegt:

- 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

Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers zum Tragen von Arbeitssicherheitsschuhen oder von Arbeitsschuhen nach DIN EN ISO 20345

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

Arbeitssicherheitsschuhe zu tragen.

nein ja

Arbeitsschuhe zu tragen. (Beantwortung von Ziffer 2 nicht erforderlich)

nein ja

2 **Arbeitssicherheitsschuhe** sind demnach – entsprechend dem Gefährdungsrisiko der Versicherten/des Versicherten am Arbeitsplatz – in folgender Ausführung notwendig: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Schuhformen:

- A Halbschuh
- B Stiefel niedrig
- C Stiefel hoch
- 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 J
- S1 zusätzlich: Geschlossener Fersenbereich, Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
- S2 wie S1, zusätzlich: Wasserdurchtritt, Wasseraufnahme
- S3 wie S2, zusätzlich: Durchtrittssicherheit, profilierte Laufsohle

Versicherungsnummer

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

Weiter mit Ziffer 2

Klassifizierung II	Schuhe vollständig geformt oder vulkanisiert für den Nassbereich
Kategorie	Schutzfunktion
<input type="checkbox"/> S4	Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
<input type="checkbox"/> S5	wie S4, zusätzlich: Durchtrittssicherheit, profilierte Laufsohle
Notwendige Zusatzanforderungen nach DIN EN ISO 20345	
Symbol	Anforderung
<input type="checkbox"/> P	Durchtrittssicherheit
<input type="checkbox"/> A	Antistatische Schuhe
<input type="checkbox"/> HI	Wärmeisolierung
<input type="checkbox"/> CI	Kälteisolierung
<input type="checkbox"/> E	Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
<input type="checkbox"/> WRU	Wasserdurchtritt und Wasseraufnahme
<input type="checkbox"/> HRO	Verhalten gegenüber Kontaktwärme
3 Kosten für Arbeitssicherheitsschuhe/Arbeitsschuhe	
Die Kosten für ein Paar Arbeitssicherheitsschuhe 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 Arbeitssicherheitsschuhe oder Arbeitsschuhe sind	
<input type="checkbox"/>	weiter gebrauchsfähig.
<input type="checkbox"/>	nicht weiter gebrauchsfähig.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen