

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

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Name, Vorname

Geburtsdatum

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
<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>	<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>

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 _____

Handelt es sich um einen Telearbeitsplatz oder arbeiten Sie im Homeoffice? ☐ nein ☐ ja, ich arbeite an _____ Tagen in der Woche zuhause. Bitte die Vereinbarung im Arbeitsvertrag mitsenden.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer 5

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

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

6 Gesundheitliche Probleme

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>

noch Ziffer 6

Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und von welcher Stelle?	

9 **Betriebsarzt / Werksarzt**

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen _____	
Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden?	
Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Werksarztes	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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).	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

