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 ☐ orthopädische Sicherheitsschuhe ☐ orthopädische Arbeitsschuhe

1.2 ☐ orthopädischen Fahrersitz für einen ☐ Pkw ☐ Lkw

☐ Sonstiges: _____

1.3 ☐ Arbeitsplatzausstattung und Sonstiges

zum Beispiel:

☐ orthopädischer Bürostuhl ☐ _____

1.4 ☐ 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?

☐ nein ☐ 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?

☐ 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 aufgrund der Fußfehlform oder Funktionseinschränkung im Bereich der Füße eine Behinderung, gegebenenfalls welcher Grad der Behinderung festgestellt worden?

Grad der Behinderung (GdB)

☐ nein ☐ ja

G0133-00 DRV
V002 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015

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 Orthopädieschuhmachers
- 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)

Arbeitshaltung

	ständig	überwiegend	zeitweise
stehend	☐	☐	☐
gehend	☐	☐	☐
sitzend	☐	☐	☐
gebückt	☐	☐	☐
Arme über Brusthöhe	☐	☐	☐
kniend / hockend	☐	☐	☐
auf Gerüsten / Leitern	☐	☐	☐

Heben / Tragen

Art der Lasten:

Gewichte häufig bis kg gelegentlich bis kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

☐ nein ☐ ja, folgende

weitere Bemerkungen

Arbeitsorganisation

Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche

☐ Ganztagsarbeit
☐ Teilzeitarbeit
☐ andere Arbeitszeitmodelle

☐ regelmäßige Frühschicht / Spätschicht
☐ regelmäßige Dreischicht
☐ nur Nachtschicht
☐ starrer maschinengebundener Arbeitstakt

☐ Einzelakkord ☐ Gruppenakkord

Beschreibung

Äußere Einflüsse

☐ Kälte, Zugluft, Nässe
☐ Hitze
☐ starke Staubentwicklung
☐ Rauchentwicklung
☐ starker Lärm
☐ Lärmschutz muss getragen werden
☐ Erschütterungen / Vibrationen
☐ Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?

☐ hautreizende Stoffe, welche?

☐ atemwegsreizende Stoffe, welche?

☐ überwiegend im Freien
☐ überwiegend in Rohbauten
☐ überwiegend witterungsgeschützt

Berufliches Kraftfahren

☐ Pkw
☐ Lkw
☐ Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge
☐ Personenbeförderung
☐ Gefahrguttransport

Sonstiges

☐ außerordentliche Konzentration erforderlich
☐ überwiegend Bildschirmarbeit
☐ besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)

G0133-00 DRV
V002 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT/ MSNR

3 Gesundheitliche Probleme

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

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

☐ nein ☐ ja

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit

4 Arztbehandlungen

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

Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

5 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?

6 Betriebsarzt / Personalarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

☐ nein ☐ ja, wegen

Ist ein Betriebsarzt / Personalarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Personalarztes

☐ nein ☐ ja _____

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

7 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

G0133-00 DRV
V002 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015