

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

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	☐	☐	☐	_____
gehend	☐	☐	☐	_____
sitzend	☐	☐	☐	_____
gebückt	☐	☐	☐	_____
Arme über Brusthöhe	☐	☐	☐	_____
kniend / hockend	☐	☐	☐	_____
auf Gerüsten / Leitern	☐	☐	☐	_____
			Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg	
			Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?	
			☐ nein ☐ ja, folgende	
			weitere Bemerkungen	

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

