

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



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 <input type="checkbox"/> orthopädische Sicherheitsschuhe	<input type="checkbox"/> orthopädische Arbeitsschuhe
1.2 <input type="checkbox"/> orthopädischen Fahrersitz für einen	<input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Lkw
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
1.3 <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzausstattung und Sonstiges	
zum Beispiel:	
<input type="checkbox"/> orthopädischer Bürostuhl	<input type="checkbox"/> _____
1.4 <input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Wenn ja:</b> Werden die Kosten dafür gegebenenfalls von Ihrer Krankenkasse, der Berufsgenossenschaft oder von anderen Kostenträgern übernommen?
Von welcher Stelle?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist aufgrund der Fußfehlform oder Funktionseinschränkung im Bereich der Füße eine Behinderung, gegebenenfalls welcher Grad der Behinderung festgestellt worden?
Grad der Behinderung (GdB)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT/ MSNR

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 Orthopädeschuhmachers
- 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

Grid for insurance number

Grid for license plate

Grid for 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

Grid for posture: stehend, gehend, sitzend, gebückt, etc.

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

Grid for work organization: Ganztagsarbeit, Teilzeitarbeit, etc.

Grid for shift work: regelmäßige Frühschicht / Spätschicht

Grid for shift work: regelmäßige Dreischicht, nur Nachtschicht, etc.

Grid for work organization: Einzelakkord, Gruppenakkord

Beschreibung

Äußere Einflüsse

Grid for external influences: Kälte, Zugluft, Nässe, Hitze, etc.

Berufliches Kraftfahren

Grid for professional driving: Pkw, Lkw, Baumaschinen, etc.

Sonstiges

Grid for other: außerordentliche Konzentration erforderlich, etc.



