

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

- stehend
gehend
sitzend
gebückt
Arme über Brusthöhe
kniend / hockend
auf Gerüsten / Leitern

Vertical grids for posture frequency

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)



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?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und von welcher Stelle?

### 6 Betriebsarzt / Personalarzt

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

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

