

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<input type="text"/>	<input type="text"/>



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
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

### 1 Beantragte Leistung

Orthopädische Ausstattung von Fußschutz / Arbeitsschuhen <b>Hinweis:</b> Handelt es sich um einen Folgeantrag, bitte Formular G0135 verwenden!	
<input type="checkbox"/> maßgefertigte Einlagen <input type="checkbox"/> Maßschuhe	<b>bitte Ziffer 2 und 5 bis 10 ausfüllen!</b>
<input type="checkbox"/> Zurichtungen <input type="checkbox"/> semiorthopädische Schuhe / Modulschuhe	
<input type="checkbox"/> Mehrbedarf bei Hörhilfen	<b>bitte Ziffer 3 beachten und Ziffern 5 bis 10 ausfüllen!</b>
<input type="checkbox"/> Sonstige Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen	<b>bitte Ziffer 4 beachten und Ziffern 5 bis 10 ausfüllen!</b>
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?
<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 bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Wenn ja:</b> Hatten Sie schon einmal Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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 Orthopädeschuhmachers
  - Trittspur auf Blaupapier mit Fußmaßen oder Nachweis in einer vergleichbaren Bildgebung
  - bei Diabetesversorgungen oder orthopädischen Maßschuhen zusätzlich Foto der Füße und Befundbogen eines Orthopädeschuhmachers

**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 \_\_\_\_\_



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 5

Arbeitshaltung	Heben / Tragen		
	ständig	überwiegend	zeitweise
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"/>
kniend / hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Gerüsten / Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Art der Lasten: \_\_\_\_\_

Gewichte häufig bis \_\_\_\_\_ kg gelegentlich bis \_\_\_\_\_ kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

nein  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"/> regelmäßige Frühschicht / Spätschicht	<input type="checkbox"/> starker Lärm	<input type="checkbox"/> Gefahrguttransport
<input type="checkbox"/> regelmäßige Dreischicht	<input type="checkbox"/> Lärmschutz muss getragen werden	<b>Sonstiges</b>
<input type="checkbox"/> nur Nachtschicht	<input type="checkbox"/> Erschütterungen / Vibrationen	<input type="checkbox"/> außerordentliche Konzentration erforderlich
<input type="checkbox"/> starrer maschinengebundener Arbeitstakt	<input type="checkbox"/> Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?	<input type="checkbox"/> überwiegend Bildschirmarbeit
<input type="checkbox"/> Einzelakkord <input type="checkbox"/> Gruppenakkord	<input type="checkbox"/> hautreizende Stoffe, welche?	<input type="checkbox"/> besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)
Beschreibung _____	<input type="checkbox"/> atemwegsreizende Stoffe, welche?	
<b>Arbeitsweise</b>	<input type="checkbox"/> überwiegend im Freien	
<input type="checkbox"/> Außendienst zu _____ %	<input type="checkbox"/> überwiegend in Rohbauten	
<input type="checkbox"/> Innendienst zu _____ %	<input type="checkbox"/> 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

