



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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)

## 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)																																	
<b>Arbeitshaltung</b>	<b>Heben / Tragen</b>																																
<table border="0"><tr><td></td><td>ständig</td><td>überwiegend</td><td>zeitweise</td></tr><tr><td>stehend</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>gehend</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>sitzend</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>gebückt</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Arme über Brusthöhe</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>kniend / hockend</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>auf Gerüsten / Leitern</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>		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: <hr/> <p>Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg</p> <p>Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende <b>weitere Bemerkungen</b>
	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"/>																														
<b>Arbeitsorganisation</b>	<b>Äußere Einflüsse</b>	<b>Berufliches Kraftfahren</b>																															
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"/> starker Lärm	<input type="checkbox"/> Gefahrguttransport																															
	<input type="checkbox"/> Lärmschutz muss getragen werden	<b>Sonstiges</b>																															
	<input type="checkbox"/> Erschütterungen / Vibrationen	<input type="checkbox"/> außerordentliche Konzentration erforderlich																															
<input type="checkbox"/> regelmäßige Frühschicht / Spätschicht	<input type="checkbox"/> Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?	<input type="checkbox"/> überwiegend Bildschirmarbeit																															
<input type="checkbox"/> regelmäßige Dreischicht	<input type="checkbox"/> hautreizende Stoffe, welche?	<input type="checkbox"/> besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)																															
<input type="checkbox"/> nur Nachtschicht	<input type="checkbox"/> atemwegsreizende Stoffe, welche?																																
<input type="checkbox"/> starrer maschinengebundener Arbeitstakt	<input type="checkbox"/> überwiegend im Freien																																
<input type="checkbox"/> Einzelakkord <input type="checkbox"/> Gruppenakkord	<input type="checkbox"/> überwiegend in Rohbauten																																
Beschreibung	<input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt																																

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

### 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