

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)

Arbeitshaltung				Heben / Tragen
	ständig	überwiegend	zeitweise	Art der Lasten:
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"/>	Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg
kniend / hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?
auf Gerüsten / Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende
				weitere Bemerkungen

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