Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Antrag auf Folgeversorgung oder Wechselversorgung für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

G0135

Hinweise: Diesen Antrag nur verwenden, wenn die bisherige Tätigkeit bei demselben Arbeitgeber ausgeübt wird. Der Antrag ist vor dem Kauf beziehungsweise vor der verbindlichen Bestellung zu stellen.

Name, Vorname	Geburtsdatum

1 Beantragte Leistung

Bitte fügen Sie ein Angebot eines Orthopädieschuhmachers und eine fachärztliche Empfehlung mit Begründung bei.

☐ Folgeversorgung

☐ Wechselversorgung

Übernahme der Kosten für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

☐ maßgefertigte Einlagen

☐ Zurichtungen

☐ semiorthopädische Schuhe / Modulschuhe

☐ Maßschuhe

2 Begründung

kurze Beschreibung des Verschleißes

☐ irreparabler Verschleiß _____

☐ hygienische Anforderungen (ausgeprägte Schweißbildung)

☐ hygienische Anforderungen (täglicher Feuchtigkeitseinfluss von außen)

G0135-00 DRV
Version 01001 - AGDR 1/2018 - Stand 08.03.2018

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

3 Ergänzende Angaben

Haben Sie bereits verbindlich bestellt oder gekauft?

☐ nein

☐ ja

Ich führe meine Tätigkeit unverändert fort:

☐ nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

☐ ja

Ich bin noch bei demselben Arbeitgeber beschäftigt:

☐ nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

☐ ja

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

4 Angaben des Arbeitgebers

Die Angaben der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers werden bestätigt.

Der Arbeitgeber beteiligt sich an den Kosten in Höhe von _____ EUR

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:

☐ Angebot eines Orthopädieschuhmachers

☐ fachärztliche Empfehlung mit Begründung

☐ _____

G0135-00 DRV
Version 01001 - AGDR 1/2018 - Stand 08.03.2018