

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 2

Klassifizierung II Schuhe vollständig geformt oder vulkanisiert (Gummistiefel, Polymerstiefel für den Nassbereich)

Kategorie **Schutzfunktion**

S4 Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich

S5 wie S4, zusätzlich: Durchtrittssicherheit, profilierte Laufsohle

Notwendige Zusatzanforderungen nach DIN EN ISO 20345

Symbol **Anforderung**

P Durchtrittssicherheit

A Antistatische Schuhe

HI Wärmeisolierung

CI Kälteisolierung

E Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich

WRU Wasserdurchtritt und Wasseraufnahme

HRO Verhalten gegenüber Kontaktwärme

3 Kosten für Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) / Arbeitsschuhe

Die Kosten für ein Paar Sicherheitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung in der oben genannten Ausführung betragen

_____ EUR einschließlich Mehrwertsteuer.

Die Kosten für ein Paar Arbeitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung betragen

_____ EUR einschließlich Mehrwertsteuer.

4 Nur bei Folgeanträgen (Ersatzbeschaffungen) angeben:

Die von der Versicherten / dem Versicherten bisher genutzten Sicherheitsschuhe oder Arbeitsschuhe sind

weiter gebrauchsfähig.

nicht weiter gebrauchsfähig.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen

Versicherungsnummer

2 Angaben zur Person

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsname		frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsort (Kreis, Land)		
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		

3 Angaben zum Familienstand und Beruf

3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)			
<input type="checkbox"/> 0 ledig	<input type="checkbox"/> 1 verheiratet	<input type="checkbox"/> 2 geschieden	<input type="checkbox"/> 3 verwitwet
3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)			

4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

(bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner)	<input type="checkbox"/> 1 Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student)	<input type="checkbox"/> 2 ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)
<input type="checkbox"/> 3 angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)	<input type="checkbox"/> 4 Facharbeiter	<input type="checkbox"/> 5 Meister, Polier
<input type="checkbox"/> 6 Angestellter	<input type="checkbox"/> 7 Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechtes	<input type="checkbox"/> 8 Selbständiger

5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)	<input type="checkbox"/> 1 Ganztagsarbeit ohne Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 2 Ganztagsarbeit mit Wechselschicht / Akkord
<input type="checkbox"/> 3 Ganztagsarbeit mit Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 4 Teilzeitarbeit, weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 5 Teilzeitarbeit, mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit
<input type="checkbox"/> 6 ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann	<input type="checkbox"/> 7 arbeitslos gemeldet	<input type="checkbox"/> 8 Heimarbeit
<input type="checkbox"/> 9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen		

Versicherungsnummer

6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP)

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

0 nein 1 ja

7 Krankenkasse

Name	
Straße, Hausnummer	
Telefon	
Postleitzahl	Ort
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung	
(Wir empfehlen Ihnen, Ihre private Krankenversicherung von der Antragstellung, gegebenenfalls von der Bewilligung oder Ablehnung zu unterrichten.)	

8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		Telefon	
Postleitzahl	Ort		

9 Beiträge zur Sozialversicherung

9.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt oder zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Formular G105 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen) bitte beifügen!
9.3 Üben Sie derzeit eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aus?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Formular G105 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen) bitte beifügen!

10 Beamteneigenschaft

Wird eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Versicherungsnummer

14 Antragstellung durch eine andere Person

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)	
In der Eigenschaft als	
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund
<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer	
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

15 Bankverbindung

IBAN (International Bank Account Number)		BIC (Bank Identifier Code)
D E		
Geldinstitut (Name, Ort)		
Kontoinhaberin / Kontoinhaber		

16 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)
- als Hörmedium (Kassette)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

Versicherungsnummer

19 Bestätigung der Krankenkasse

- wird von der Krankenkasse ausgefüllt, sofern die Antragstellung über die Krankenkasse erfolgt -
 (nur ausfüllen, wenn eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragt wird; entfällt bei privater
 Krankenversicherung)

19.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen				
Sie ist / Er ist <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert					
Wurden für die Antragstellerin / den Antragsteller in den letzten 4 Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 1 SGB V (ambulante Rehabilitationsleistungen), § 40 Absatz 2 SGB V (stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung) oder § 41 Absatz 1 SGB V (Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes) durchgeführt oder bezuschusst (§ 12 Absatz 2 SGB VI)?					
Art und Zeitraum der Leistung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Anmerkung: Nicht anzugeben sind ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Absatz 2 und 4 SGB V) und Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 Absatz 1 SGB V).					
19.2 Werden zurzeit Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt? - nur ausfüllen, wenn die Krankenkasse nach § 28h Absatz 1 des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches, Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung, auch Einzugsstelle für die Beiträge ist -					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	letzter Beitrag <table border="1"> <tr> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Monat	Jahr		
Monat	Jahr				
19.3 AUD-Beleg ist beigelegt					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift					
<div style="text-align: right;">Datum</div>					



Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt)
-------------------------	-------------------------------------

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

G110

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	------------------

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

damit wir uns ein Bild von Ihren Beschwerden, Krankheiten und beruflichen Belastungen machen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit bei der Entscheidung und können zum Erfolg der Rehabilitation erheblich beitragen.

1 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von - bis _____ wegen _____			
Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?			
Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Bluthochdruck, Herzerkrankung, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Art der Gesundheitsstörung		Zeitangabe	
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

2 Arztbehandlungen

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?		
Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

3 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?	Von welcher Stelle?

4 Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird oder zuletzt verrichtet wurde)

Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt seit	Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb

genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester) - ausgeübt von - bis

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

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

Bei welchen Tätigkeiten bestehen aktuell Einschränkungen?

Weitere Bemerkungen zum Arbeitsplatz

