

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

**Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers zum Tragen von
Fußschutz (hier Sicherheitsschuhe nach DIN EN ISO 20345) oder
von Arbeitsschuhen**

G0134

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten	Geburtsdatum
---	------------------

1	Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis
	Das Beschäftigungsverhältnis ist gekündigt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zum
	Die Versicherte / der Versicherte ist verpflichtet, am Arbeitsplatz aufgrund geltender Unfallverhütungsvorschriften <input type="checkbox"/> Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) zu tragen. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> Arbeitsschuhe zu tragen. (Beantwortung von Ziffer 2 nicht erforderlich) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2	Sicherheitsschuhe sind demnach - entsprechend dem Gefährdungsrisiko der Versicherten / des Versicherten am Arbeitsplatz - in folgender Ausführung notwendig: (Zutreffendes bitte ankreuzen)
	Schuhform:
<input type="checkbox"/>	A Halbschuh
<input type="checkbox"/>	B Stiefel niedrig
<input type="checkbox"/>	C Stiefel halbhoch
<input type="checkbox"/>	D Stiefel hoch
<input type="checkbox"/>	E Stiefel Oberschenkelhoch
	Klassifizierung I Schuhe aus Leder oder anderen Materialien, mit Ausnahme von Vollgummischuhen oder Gesamtpolymerschuhen
	Kategorie Schutzfunktion
<input type="checkbox"/>	SB Schuhe mit Zehenkappe 200 Joule
<input type="checkbox"/>	S1 zusätzlich: Geschlossener Fersenbereich, Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
<input type="checkbox"/>	S2 wie S1, zusätzlich: Wasserdurchtritt, Wasseraufnahme
<input type="checkbox"/>	S3 wie S2, zusätzlich: Durchtrittssicherheit, profilierte Laufsohle

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

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 Orthopädienschuhmachers und eine fachärztliche Empfehlung mit Begründung bei.

Folgeversorgung (Verlust der Gebrauchsfähigkeit der bisherigen Versorgung)

Wechselversorgung (notwendige parallele Zweitversorgung)

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

maßgefertigte Einlagen

Zurichtungen

semiorthopädische Schuhe / Modulschuhe

Maßschuhe

Arbeitsschuhe

2 Begründung

Folgeversorgung

medizinische Notwendigkeit (veränderte medizinische Situation)

Begründung: _____

irreparabler Verschleiß

Begründung: _____

Wechselversorgung

medizinische Notwendigkeit (zum Beispiel ausgeprägte Schweißbildung)

Begründung: _____

arbeitsplatzbezogene Gründe (zum Beispiel täglicher Feuchtigkeitseinfluss von außen)

Begründung: _____



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 Orthopädienschuhmachers

fachärztliche Empfehlung mit Begründung

