

## Checkliste zur Beantragung von

Orthopädischen Maßeinlagen / Schuhzurichtung am Sicherheitsschuh / orthopädische Sicherheitsschuhe nach Maß bei Ihrem Rentenversicherungsträger / der Bundesagentur für Arbeit / der Berufsgenossenschaft.

**Sehr geehrter Kunde,**

für die Kostenübernahme oben genannter orthopädischer Versorgungsleistungen, ist die Bearbeitung von einigen Antragsformularen leider unumgänglich. Wir bitten Sie daher, folgende Unterlagen auszufüllen und anschließend **bei uns abzugeben**.

- |                          |                                    |   |                                     |
|--------------------------|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Formloses Anschreiben</b>       | → | Vom Versicherten zu unterschreiben! |
| <input type="checkbox"/> | <b>Ärztlicher Befundbogen DRV</b>  | → | Vom Arzt auszufüllen!               |
| <input type="checkbox"/> | <b>Notwendigkeitsbescheinigung</b> | → | Vom Arbeitgeber auszufüllen!        |
| <input type="checkbox"/> | <b>G0100 / G0133</b>               | → | Vom Versicherten auszufüllen!       |
| <input type="checkbox"/> | <b>Datenschutzerklärung</b>        | → | Vom Versicherten auszufüllen        |

Bitte beachten Sie, dass für die Beantragung Ihrer Einlagen, folgende Informationen Ihres Arbeitssicherheitsschuhs benötigt werden:

1. Schuhmodell + Artikelnummer
2. Sicherheitsklasse (S1, S2 oder S3)
3. Schuhgröße
4. Schuhform (Halbschuh, Stiefel oder Stiefel hoch)

Sollten Sie Fragen haben oder während des Ausfüllens der Formulare Unklarheiten entstehen, schreiben Sie uns gerne eine E-Mail an [info@giessen.footpower.de](mailto:info@giessen.footpower.de).

**Ihr Footpower Gießen Team**





## **Information zum Antrag auf Übernahme der Kosten für orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe**

### **1. Allgemeines**

Als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zum Zwecke der Erlangung oder Erhaltung eines Arbeitsplatzes kann der Rentenversicherungsträger nach § 16 Sozialgesetzbuch, Sechstes Buch (SGB VI) in Verbindung mit § 33 Absatz 8 Nr. 4 Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX) die Kosten für Hilfsmittel zur Berufsausübung übernehmen. Dazu gehört auch die Kostenübernahme für die Beschaffung orthopädischer Sicherheitsschuhe am Arbeitsplatz.

### **2. Voraussetzungen für eine Leistungserbringung**

Eine Kostenübernahme für die orthopädischen Arbeitssicherheitsschuhe ist nur dann möglich, wenn die versicherungsrechtlichen (§ 11 SGB VI) und die persönlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB VI) erfüllt sind und keine Ausschlussgründe vorliegen (§ 12 SGB VI).

#### **2.1 Persönliche (medizinische) Voraussetzungen**

Die persönlichen Voraussetzungen haben Versicherte erfüllt,

- deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
- bei denen voraussichtlich
  - a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (hier orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe) abgewendet werden kann,
  - b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (hier durch orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe) wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,
  - c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit durch die Leistung der Arbeitsplatz erhalten werden kann.

Bei der Auswahl des geeigneten orthopädischen Fußschutzes kann sich ergeben, dass bereits mit orthopädischen Schuhzurichtungen (z.B. mit einer Absatz- oder Schuherhöhung) das Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben wirksam zu erreichen ist. Die Herstellung orthopädischer Sicherheitsschuhe als Maßschuhe ist nur dann erforderlich, wenn grobe Form- oder Funktionsstörungen der Füße nicht mehr durch Einlagen oder Schuhzurichtungen zu beheben sind.

## 2.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, die bei Antragstellung

- die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
- eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn

- ohne diese Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre oder
- die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind.

Auf die Wartezeit werden

- Kalendermonate mit Beitragszeiten und Ersatzzeiten,
- Wartezeitmonate aus dem Versorgungsausgleich sowie
- Wartezeitmonate aus geringfügigen versicherungsfreien Beschäftigungen angerechnet.

Erfüllen Sie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht, so ist über Ihren Antrag auf Kostenübernahme für orthopädische Sicherheitsschuhe zuständigkeitshalber durch die für Ihren Wohnort zuständige Agentur für Arbeit zu entscheiden. Wir werden dann Ihren Antrag weiterleiten.

## 3. Ausschlussgründe

Liegen Ausschlussgründe nach § 12 SGB VI vor, können orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe nicht bewilligt werden, obwohl ggf. die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Danach werden Leistungen zur Teilhabe nicht für Versicherte erbracht, die

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erhalten können,
- eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Drittel der Vollrente beziehen oder beantragt haben,
- eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist,
- als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze versicherungsfrei sind oder
- eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.

Ist die Behinderung, wegen der die orthopädischen Sicherheitsschuhe beantragt wurden, auf eine Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts (z.B. Wehrdienstbeschädigung) oder einen Arbeitsunfall zurückzuführen, ist über Ihren Antrag zuständigkeitshalber durch den Träger der Versorgungslast bzw. durch die Berufsgenossenschaft zu entscheiden. Wir werden Ihren Antrag dann entsprechend weiterleiten.



#### **4. Art und Höhe der Förderung**

Sind alle Anspruchsvoraussetzungen erfüllt und liegen keine Ausschlussgründe vor, kann der Rentenversicherungsträger die Kosten für orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe grundsätzlich übernehmen. Von den zustehenden Gesamtkosten wird der Betrag abgezogen, den der Arbeitgeber für ein Paar Sicherheitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung zu tragen hat.

Kosten, die im Zusammenhang mit der Erstellung des Kostenvoranschlages entstehen, werden durch uns nicht erstattet.

Lassen sich die Form- oder Funktionsstörungen der Füße bereits durch orthopädische Schuhzurichtungen beheben, können nur die Kosten für die orthopädische Zurichtung von Sicherheitsschuhen mit CE-Kennzeichnung erstattet werden. In diesem Fall können wir Ihnen eine Liste der Orthopädie-Schuhmacher übersenden, die in Ihrer Wohnortnähe orthopädische Zurichtungen an zertifizierten Arbeitssicherheitsschuhen vornehmen dürfen. Sollte der Orthopädie-Schuhmacher Ihres Vertrauens nicht in der Liste aufgeführt sein, kann auch dieser die Schuhe anfertigen, sofern auf dem Kostenvoranschlag schriftlich bestätigt wird, dass es sich bei den für die orthopädische Zurichtung verwendeten Schuhen um Arbeitssicherheitsschuhe mit CE-Kennzeichnung handelt.

Kosten für die Reparatur des orthopädischen Anteils an den Arbeitssicherheitsschuhen werden erstattet, wenn eine Bescheinigung eines Orthopädie-Schuhmacherbetriebes über die Reparaturbedürftigkeit der Schuhe vorgelegt wird.

Wurden die orthopädischen Arbeitssicherheitsschuhe bereits vor der Antragsstellung beschafft, ist eine Kostenübernahme nicht möglich. Gleiches gilt, wenn das Beschäftigungsverhältnis maximal nur 6 Monate dauert und nicht verlängert wird.

#### **5. Antragsunterlagen**

Antragsunterlagen erhalten Sie bei der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, bei den gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation, bei den Krankenkassen, den Agenturen für Arbeit oder zum Ausdrucken im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de) ⇒ Formulare & Publikationen.

Für die erstmalige Antragstellung sind folgende Unterlagen erforderlich:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Formular G 100),
- Angaben zum bisherigen beruflichen Werdegang (Formular G 130),
- Bescheinigung Ihres Arbeitgebers, dass nach den Unfallverhütungsvorschriften oder aus sonstigen Gründen das Tragen von Sicherheitsschuhen vorgeschrieben ist (Formular Gb 13-2),
- Kostenvoranschlag eines Orthopädie-Schuhmacherbetriebes,
- ärztliche Bescheinigung mit Begründung (Diagnose), warum das Tragen orthopädischer Schuhe erforderlich ist.

Bitte reichen Sie den Antrag nur vollständig und unterschrieben bei der Deutschen Rentenversicherung Rheinland ein. Eine zusätzliche Bescheinigung der Krankenkasse über den Versicherungsverlauf auf dem Antrag G 100 ist nicht erforderlich.

#### **6. Mitwirkungspflichten des Antragstellers**

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Deutschen Rentenversicherung Rheinland sind Sozialleistungen im Sinne der §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch, Erstes Buch -Allgemeiner Teil- (SGB I). Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, ist nach den Vorschriften der §§ 60 bis 65 SGB I im dort beschriebenen Umfang zur Mitwirkung verpflichtet.

**Ihre  
Deutsche Rentenversicherung Rheinland**



## KUNDENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unser Unternehmen Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung:

**Footpower Gießen GmbH**

Schiffenberger Weg 59, 35394 Gießen

Tel.: 0641/74155 Mail: [info@giessen.footpower.de](mailto:info@giessen.footpower.de)

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

[Datenschutz@giessen.footpower.de](mailto:Datenschutz@giessen.footpower.de)

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Versorgungsvertrag zwischen Ihnen und der Footpower Gießen GmbH und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder Ihr Arzt erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch Ärzte oder Physiotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Versorgung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Versorgung nicht erfolgen.

### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können Ihr Arzt, Ihr Physiotherapeut, Krankenkassen oder der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

Weiter übermitteln wir Name, Anschrift sowie die weiteren Vertragsinhalte im Falle des Zahlungsverzuges an einen Rechtsanwalt oder an das Inkassounternehmen:

Tesch mediafinanz GmbH, Weiße Breite 5, 49084 Osnabrück.

Rechtsgrundlage ist Artikel 6 Absatz 1 lit. b und Artikel 6 Absatz 1 lit. f der DSGVO. Für weitere Informationen zur Datenverarbeitung bei der genannten Rechtsperson steht Ihnen diese unter der angegebenen Adresse zur Verfügung.

#### **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Versorgung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, Teile dieser Daten bis zu 10 Jahren nach Abschluss der Versorgung aufzubewahren.

#### **5. IHRE RECHTE**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Postfach 3163  
65021 Wiesbaden

#### **6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Footpower Gießen Team



**Kostenträger:**

---

---

---

---

**Antragsteller:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

um weiterhin am Berufsleben teilnehmen zu können, benötige ich die markierte Sicherheitsschuhversorgung.

Ein entsprechender Kostenvoranschlag der Firma Footpower Gießen GmbH liegt bei. Ich bitte um Prüfung des Antrages und um Kostenübernahme.

**Antrag auf Kostenübernahme von:**

- Orthopädische Maßeinlagen für AS-Schuhe mit Baumusterprüfung
- Orthopädische Zurichtung für AS-Schuhe mit Baumusterprüfung
- Orthopädische Maßeinlagen **und** Zurichtung am AS-Schuh mit Baumusterprüfung

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Kennzeichen  
(soweit bekannt)



**Deutsche  
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

\_\_\_\_\_  
MSAT / MSNR

**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
---	--------------

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

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.

Hinweis:

Werden keine Angaben gemacht, erfolgt ein pauschaler Abzug des Arbeitgeberanteils in Höhe von 80 EUR.

**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) MSAT / MSNR

## 2 Angaben zur Person

Name		
Vorname (Rufname)		
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)		
Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		
Geburtsname		
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)		
Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)		
frühere Namen		
Staatsangehörigkeit		
gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit		Tag    Monat    Jahr
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)		bis
Geburtsort		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> geschlechtsneutral
Geburtsland		
Wohnort in <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> einem anderen Land		
Land		
Straße, Hausnummer		
noch Straße, Hausnummer		
Adresszusatz		
Postleitzahl, Wohnort		
noch Postleitzahl, Wohnort		



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer 2

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Telefax (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 Beamtenrechts	<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 <b>ohne</b> Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 2 Ganztagsarbeit <b>mit</b> Wechselschicht / Akkord
<input type="checkbox"/> 3 Ganztagsarbeit <b>mit</b> Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 4 Teilzeitarbeit, <b>weniger</b> als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 5 Teilzeitarbeit, <b>mindestens</b> 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

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

## 14 Sonstige Angaben

**14.1** Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls,
- Berufskrankheit,
- Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,
- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist,
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgtenleiden,
- Impfschaden?

nein  ja

Von welcher Stelle?

Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

nein  ja

Bei welcher Stelle?

**14.2** Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer**

**Erwerbsfähigkeit** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein  ja,

Formular R0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII bitte beifügen.

Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

nein  ja,

am 

Tag	Monat	Jahr

Bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

**14.3** Haben Sie **in den letzten 4 Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer

Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

nein  ja

Von welcher Stelle zuletzt?

Aktenzeichen

vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

**14.4** Haben Sie unmittelbar vor diesem Rehabilitationsantrag bereits bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Mutter-Kind-Leistungen / Vater-Kind-Leistungen (Vorsorge oder Rehabilitation) gestellt beziehungsweise sind solche Leistungen zuvor verordnet worden? (Vorhandene Unterlagen bitte beifügen!)

nein  ja, am 

Tag	Monat	Jahr

Name der Krankenkasse

Aktenzeichen

**15 Antragstellung durch andere Personen**

**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name / Dienststelle

Vorname (Rufname)

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

gegebenenfalls Aktenzeichen

Wohnort in  Deutschland  einem anderen Land

Land

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl, Wohnort

noch Postleitzahl, Wohnort

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax (Angabe freiwillig)

Der Antrag wird gestellt in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter  Vormund  Betreuer  Bevollmächtigter



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 15

für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 10 Ziffer 19.1)

Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit  
der Versicherten / des Versicherten

ist beigelegt

wird nachgereicht

**16 Bankverbindung**

(die Angabe ist freiwillig, zugleich für eine Überweisung unverzichtbar)

IBAN (International Bank Account Number)

D E

Name des Geldinstituts

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:

Name

Vorname (Rufname)

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl, Wohnort

noch Postleitzahl, Wohnort

**17 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel**

Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führungshund oder Assistenzhund)?

nein

ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:





Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR
---------------------	---------------------------------	-------------

## 18 Dokumentenzugang

### 18.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

- Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.  
Meine De-Mail-Adresse lautet:

De-Mail
noch De-Mail

### 18.2 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 (CD-DAISY Format)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR
---------------------	---------------------------------	-------------

## 19 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

### 19.1 Einwilligungserklärung

**Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Einrichtungen und Sozialleistungsträgern, die ich im Antrag angegeben habe und die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, sowie vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt, erhalten darf. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

**Ich willige ein**, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

**Ich willige außerdem ein**, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) beziehungsweise der §§ 116, 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

**Ich willige ein**, dass vom Rentenversicherungsträger beim Rehabilitationsverfahren im Sinne der §§ 15, 19 und 20 SGB IX im Rahmen einer gegebenenfalls durchzuführenden Teilhabekonferenz Sozialdaten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden dürfen, deren Erforderlichkeit zum Zeitpunkt der Durchführung der Teilhabekonferenz nicht abschließend bewertet werden kann (§ 23 Absatz 2 SGB IX).

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:

- der Antragstellerin / des Antragstellers

oder

- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### 19.2 Information

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen.

Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter oder Rehabilitationseinrichtungen) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).













Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 6

Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?

nein  ja

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit

## 7 Arztbehandlungen

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?

Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

## 8 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?

## 9 Betriebsarzt / Werksarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

nein  ja, wegen \_\_\_\_\_

Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Werksarztes

nein  ja \_\_\_\_\_

**9.1 Ich willige ein**, dass sich der Rentenversicherungsträger mit dem Betriebsarzt / Werksarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt.

nein  ja

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

## 10 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





# Stammdatenblatt

## Kunde

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## Erziehungsberechtigter (Bei Minderjährigen)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich habe die Kundeninformation zum Datenschutz der foot power Gießen GmbH erhalten.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_