



INFORMATIONSBLATT FÜR DEN BEHANDELNDEN ARZT

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

Ihre Patientin/Ihr Patient beabsichtigt, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe zu stellen. Der Begriff „**Leistungen zur Teilhabe**“ wurde als Oberbegriff für alle Leistungen zur Rehabilitation ab 01.07.2001 vom Gesetzgeber eingeführt.

Allgemeines

In diesem Zusammenhang erbitten wir von Ihnen einen ärztlichen Befundbericht. Hierzu möchten wir Sie als behandelnden Arzt in den Entscheidungs- und Gestaltungsprozess einbeziehen – insbesondere bei der Einleitung, Durchführung und Nachsorge. **Ihre Einschätzung ist eine wesentliche Entscheidungsgrundlage.** Die Rehabilitation der Rentenversicherung wendet sich an Personen mit krankheitsbedingter erheblicher Gefährdung oder bereits bestehender Minderung der Erwerbsfähigkeit, an Patienten mit malignen Erkrankungen und an Personen mit besonderen beruflichen Belastungen. Das Konzept dieser Behandlung ist auf eine aktive Mitwirkung des Patienten ausgerichtet.

Im Patienteninteresse dürfen wir Sie bitten, den ärztlichen **Befundbericht umgehend** zu erstellen und **zur Abholung bereitzuhalten**. Bitte händigen Sie den Befundbericht **und** die Honorar-Abrechnung sowie die evtl. beizufügenden Facharzt-/Krankenhausberichte (siehe unten) und/oder Fotokopien Ihres(r) Patient(in) im verschlossenen Umschlag aus. Falls die Befundunterlagen **nicht abgeholt werden** können, senden Sie diese bitte in einem weiteren Umschlag direkt an den/die Patienten(in). Sollte Ihnen jedoch bereits der ausgefüllte/unterschiedene **Reha-Antragsvordruck** vorliegen, empfehlen wir diesen gemeinsam mit dem **Befundbericht** sowie der Honorar-Abrechnung dem zuständigen Träger der Deutschen Rentenversicherung in einem separaten Kuvert zukommen zu lassen.

Weiterleitung der
Befundunterlagen
und des Antrages

Für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen bietet die Rentenversicherung spezielle Entwöhnungsbehandlungen an, in denen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogensucht gezielt behandelt werden.

Entwöhnungs-
behandlung

Um prüfen zu können, ob und welche Leistungen in Betracht kommen, benötigen wir Angaben zu Art und Ausmaß der rehabilitationsbedürftigen Erkrankungen und zum allgemeinen Gesundheitszustand Ihrer Patientin/Ihres Patienten. Aus den Befunden und Diagnosen sollten die Funktionseinschränkungen ersichtlich werden.

Wir bitten Sie, alle klartextlich aufgeführten **Diagnosen nach der ICD-10-GM** in der jeweils geltenden Version **zu verschlüsseln**. Mit Ihrer Diagnosen-Codierung unterstützen Sie maßgeblich den Verfahrensablauf. Die Verschlüsselungen von Diagnosen erfolgen grundsätzlich vierstellig oder fünfstellig, soweit möglich. Unter „Lok.“ ist die alphabetische Verschlüsselung "Lokalisation" einzutragen, unter „Zu.“ die alphabetische Verschlüsselung für den "Diagnosezusatz“. Es ist wichtig, die Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für den Rehabilitationsantrag zu nennen.

ICD 10

Ihre Anregungen werden nach Möglichkeit berücksichtigt, ohne dass dies in jedem Fall garantiert werden kann (z. B. bei problematischen Diagnosekombinationen). Wünsche, die die Auswahl der Klinik betreffen, werden berücksichtigt, wenn hierfür wichtige medizinische und persönliche Gründe geltend gemacht werden.

Anregungen

Bitte teilen Sie uns unter „Bemerkungen“ mit, wenn wir weitere relevante Informationen von anderen Ärzten erhalten können, Sie eine spezielle Diagnostik für erforderlich halten oder eine sozialmedizinische Begutachtung empfehlen.

Bemerkungen

Sofern Ihnen **Facharzt- oder Krankenhausberichte** neueren Datums (nicht älter als zwei Jahre) vorliegen, bitten wir Sie, uns diese **immer zusammen mit dem Befundbericht in Kopie zur Verfügung zu stellen**. Sofern Ihre Patientin/Ihr Patient an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnimmt, übersenden Sie uns bitte auch die DMP-Dokumentationsbögen.

vorhandene Befunde und Berichte

Sollten Sie es vorziehen, uns die Originale zur Einsicht zu überlassen, sichern wir Ihnen **umgehende Rücksendung** zu.

Ihr(e) Patient(in) ist mit der Erteilung ärztlicher Auskünfte an die Deutsche Rentenversicherung einverstanden. Ergänzend weisen wir auf § 100 SGB X hin, wonach ein Arzt verpflichtet ist, dem Leistungsträger auf Verlangen im Einzelfall Auskunft zu erteilen.

Einverständnis

Falls ohne neue Befunderhebung kein Befundbericht erstellt werden kann, bitten wir Sie, auf das Ausfüllen des Formulars zu verzichten. In diesem Fall wird die Deutsche Rentenversicherung die entsprechenden medizinischen Ermittlungen selbst veranlassen.

neue Befunderhebung

Die Vergütung für den vollständigen ärztlichen Bericht erfolgt nach den Vergütungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung Bund. Dabei ist zu beachten, dass das Porto, die Schreibgebühren sowie die Kosten für die Kopien in der Verwaltungskostenpauschale enthalten sind. Wir bitten deshalb, die Übersendung der Unterlagen ausreichend zu frankieren. Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (z. B. für zusätzliche Untersuchungen) können nicht erstattet werden.

Honorar

Wir bedanken uns für Ihre Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nur für Rentenversicherungsträger:	
Eingang am	
Anlagen	
<hr/>	
angewiesen am	durch

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

- beabsichtigt sind**
- stationäre bzw. ambulante medizinische Leistungen
 - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Personalien des Patienten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Zur Zeit arbeitsunfähig? nein ja, seit : _____ wegen _____

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung möglichst als Funktionsdiagnosen									
	ICD-10	Lok.	Zu.						
1.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen

Taubheit Blindheit wesentliche Gehbehinderung Rollstuhl
 sonstige Behinderung:

Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren

liegen nicht vor

Name, Vorname:

VSNR:

Risikofaktoren/ Gefährdung durch

- Alkohol Drogen Medikamente Nikotin
 Sonstige:

Untersuchungsbefund

ohne Befund sind: Atemwege Herz/Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem und Psyche
von der Norm abweichende Befunde (einschl. klinisch-chemischer/ klinisch-diagnostischer Befunde):

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm RR: _____ mm Hg Puls: _____

Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

in den letzten 6 Monaten:

vorher:

Behandlungsmöglichkeiten nach dem Heilmittelkatalog sind ausgeschöpft ja nein

Erbracht wurden (Anzahl und Art):

Anregung spezieller Maßnahmen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung | <input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie | <input type="checkbox"/> Diätschulung | <input type="checkbox"/> Entspannungstherapie |
| <input type="checkbox"/> Rückenschule | <input type="checkbox"/> Diabetikerschulung | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Gefäßtraining | | <input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining |
| <input type="checkbox"/> Inhalation | | <input type="checkbox"/> Logopädie |
| <input type="checkbox"/> Atemgymnastik | <input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung | <input type="checkbox"/> Ergotherapie |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | | |

- | | | |
|--|-----------------------------|---|
| Verständigung in deutscher Sprache möglich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, in welcher |
| Ist Belastbarkeit für stationäre Rehabilitation gegeben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht ausreichende Belastbarkeit und Mobilität für ambulante Rehabilitation? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, Bemerkung |
| Wird eine Begleitperson für erforderlich gehalten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> ja | |
| Liegt ein Arbeitsunfall/Berufskrankheit vor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Liegt ein Versorgungsleiden (z.B. Wehrdienstbesch.) vor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Liegt ein sonstiger Unfall vor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bemerkungen:

Erbitte Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers durch den zuständigen Arzt der Reha-Klinik

Antrag erfolgt auf meine Anregung ja nein

Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen: ja nein

Datum

Unterschrift

Stempel

Telefonnummer

Versicherungsnummer



Eingangsstempel der
Antrag aufnehmenden Stelle

Eingangsstempel des
Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte - Rehabilitationsantrag

G0100

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und Neunten Buches Sozialgesetzbuch von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Sie können dieses Formular auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0100 ausfüllen.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter **schriftlich** aufgefordert, diesen Antrag zu stellen?

nein ja, die Krankenkasse ja, die Agentur für Arbeit ja, das Jobcenter

Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen!

1 Beantragte Leistung

Bitte den Befundbericht (Formular S0051) und die Honorarabrechnung (Formular S0050) beifügen.

<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Bitte Formular G0110 beifügen!
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen	Bitte Formular G0110 beifügen!
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant <input type="checkbox"/> ambulant	
<input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlungen	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur onkologischen Rehabilitation	Bitte Formular G0110 (sofern Sie keine Altersrente beziehen) und das Formular S0052 beifügen!
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (zum Beispiel: Umschulung, berufliche Weiterbildung)	Bitte Formular G0130 beifügen!
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeughilfe	Bitte die Formulare G0140 und G0142 beifügen!
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind	Bitte die Formulare G0133 und gegebenenfalls G0134 beifügen!



Versicherungsnummer

2 Mitnahme einer pflegebedürftigen Person (nur bei stationärer medizinischer Rehabilitation)

Ist die Mitnahme einer pflegebedürftigen Person erforderlich?

nein ja, Formular G0111 bitte beifügen!

3 Wunsch- und Wahlrecht bei medizinischer Rehabilitation (Angaben freiwillig)

Auf dieser Seite können Sie eintragen, in welcher Rehabilitationseinrichtung Sie die beantragte Leistung gerne durchführen möchten.

Zur Unterstützung Ihres Wunsch- und Wahlrechts finden Sie auf der Internetseite www.rv-reha.de alle Rehabilitationseinrichtungen benannt, mit denen die Deutsche Rentenversicherung zusammenarbeitet.

Hier haben Sie die Möglichkeit, mehrere (bis zu 3) Wünsche zur Auswahl anzugeben.

Die Eintragungen sollten in der gewünschten Rangfolge vorgenommen werden. Unter 1. sollte dabei der von Ihnen am meisten bevorzugte Einrichtungswunsch stehen.

Sofern Sie keinen Wunsch äußern, unterbreitet Ihnen die Deutsche Rentenversicherung bis zu 4 Vorschläge mit geeigneten Rehabilitationseinrichtungen.

Die beantragte Leistung zur medizinischen Rehabilitation sollte nach Möglichkeit in einer der nachfolgend benannten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden (Angaben freiwillig):

1. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

2. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

3. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:



Versicherungsnummer

4 Angaben zur Person

Name		Vorname	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsort		Geburtsland	
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl		Wohnort	
Land			
Telefon		Telefax	

5 Angaben zum Familienstand und Beruf

5.1 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
5.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)			

6 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



Versicherungsnummer

7 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				

8 Krankenkasse

Name	
Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Ort
telefonisch tagsüber zu erreichen	
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Krankenkasse
<input type="checkbox"/>	Private Krankenversicherung

9 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Name		Vorname	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	
		Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl		Ort	
telefonisch tagsüber zu erreichen			



Versicherungsnummer

noch Ziffer **16.1**

Wenn ich die Mitnahme einer pflegebedürftigen Person wünsche, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger das Formular G0111 mit meinen Daten und meinen Bewilligungsbescheid an die Pflegeversicherung weiterleitet. **Ich willige ein**, dass der zuständige Pflegeversicherungsträger die Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Rehabilitationseinrichtung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung mit den Aufnahmedaten und Entlassdaten meiner stationären Rehabilitation koordiniert und zu diesem Zweck mit den Einrichtungen Kontakt aufnehmen und die erforderlichen Daten übermitteln kann. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Eine fehlende Einwilligung führt dazu, dass der zuständige Pflegeversicherungsträger die gleichzeitige Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Rehabilitationseinrichtung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung nicht organisieren kann.

Ort, Datum

Unterschrift

16.2 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) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Ebenfalls dürfen andere Sozialleistungsträger und der Medizinische Dienst die medizinischen Daten, die dort bereits vorliegen, an uns weitergeben.

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).

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt.

- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenversicherungen.

16.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

17 Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift



Versicherungsnummer

18 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse

Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt, benötigen wir das Institutionskennzeichen der Krankenkasse.

Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	



Versicherungsnummer

Grid for insurance number

Kennzeichen (soweit bekannt)

Grid for identification number



Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Grid for MSAT / MSNR

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben - Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind

G0133

Name, Vorname

Field for name and first name

Geburtsdatum

Grid for birth date

Hinweis: Der Antrag ist vor dem Kauf beziehungsweise vor der verbindlichen Bestellung zu stellen.

Haben Sie das Hilfsmittel beziehungsweise die technische Arbeitshilfe verbindlich bestellt oder bereits gekauft?

nein ja

1 Beantragte Leistung

Orthopädische Ausstattung von Fußschutz / Arbeitsschuhen

Hinweis: Handelt es sich um einen Folgeantrag, bitte Formular G0135 verwenden!

maßgefertigte Einlagen

Maßschuhe

Zurichtungen

semiorthopädische Schuhe / Modulschuhe

bitte Ziffer 2 und 5 bis 10 ausfüllen!

Mehrbedarf bei Hörhilfen

bitte Ziffer 3 beachten und Ziffern 5 bis 10 ausfüllen!

Sonstige Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen

bitte Ziffer 4 beachten und Ziffern 5 bis 10 ausfüllen!

Art:

2 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz / für Arbeitsschuhe sind folgende Fragen zu beantworten:

Müssen Sie auch außerhalb des Arbeitsplatzes Schuhe mit orthopädischer Ausstattung tragen?

nein ja

Wenn ja: Werden die Kosten dafür gegebenenfalls von Ihrer Krankenkasse, der Berufsgenossenschaft oder von anderen Kostenträgern übernommen?

Von welcher Stelle?

nein ja

Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt?

nein ja

Wenn ja: Hatten Sie schon einmal Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?

nein ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 2

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?

Diesem **Antrag** sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers (Formular G0134)
- Befundbericht eines Orthopäden, Diabetologen oder Rheumatologen
- Angebot eines Orthopädieschuhmachers
 - Trittspur auf Blaupapier mit Fußmaßen oder Nachweis in einer vergleichbaren Bildgebung
 - bei Diabetesversorgungen oder orthopädischen Maßschuhen zusätzlich Foto der Füße und Befundbogen eines Orthopädieschuhmachers

3 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für einen Mehrbedarf bei Hörhilfen 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

4 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für sonstige Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Fachärztliche Empfehlung mit Begründung und konkreter Diagnose
- Kostenvoranschlag mit ausführlicher Funktionsbeschreibung

5 Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird)

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Art des Betriebs (zum Beispiel Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)

genaue Tätigkeit (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)

Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet

nein ja, bis _____

Das Beschäftigungsverhältnis ist gekündigt

nein ja, zum _____



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 _____

Ich bin damit einverstanden, 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 (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

nein ja

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



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: Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle

Notwendige Zusatzanforderungen nach DIN EN ISO 20345

Symbol **Anforderung**

P Durchtrittsicherheit

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

