

Kurzantrag auf Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 Abs. 8 Nr. 4 SGB IX) - Orthopädischer Fußschutz -

Bitte beachten Sie, dass

- die Kosten für orthopädischen Fußschutz (z. B. Sicherheitsschuhe, Schutzschuhe und Berufsschuhe) von der Rentenversicherung nur übernommen werden, wenn der betreffende Arbeitnehmer im Rahmen der Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft Fußschutz als persönliche Schutzausrüstung tragen muss.
- eine Bearbeitung des Antrags ohne die Anlage „Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers“ (Vordruck REHA0032) nicht erfolgen kann.
- bei erstmaliger Beantragung von orthopädischem Fußschutz ein ausführlicher Antrag und Befundberichte (Vordrucke G100, G130, REHA0032, REHA0200 **und** REHA0205) erforderlich ist.

Für die Antragsbearbeitung benötigen wir zusätzlich:

- von Ihrem Orthopäden eine Verordnung des orthopädischen Fußschutzes und
- von Ihrem Orthopädieschuhmacher einen **Kostenvoranschlag** und die dafür bereits angefertigten Unterlagen und Messergebnisse (z. B. Trittspur, Podogramm, Fußmaße, Fotos Ihrer Füße).

Bitte reichen Sie diese Unterlagen gemeinsam mit diesem Antrag ein.

Name	Vorname
Anschrift	Telefonnummer
Versicherungsnummer	

Arbeitsplatzbeschreibung

Name und Anschrift des Arbeitgebers	Art des Betriebes (z. B. Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)
genaue Tätigkeit zurzeit/zuletzt (z. B. Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)	

Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate arbeitsunfähig, im Krankenhaus oder haben Sie an einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation teilgenommen? (bitte vorhandene Berichte beifügen)

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	vom - bis	wegen

Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (z. B. Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe

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

Name und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

Versicherungsnummer

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

Hiermit beantrage ich die Gewährung von orthopädischem Fußschutz

Folgende Unterlagen sind beigelegt:

- Die Anlage „Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers (Vordruck REHA0032)“
- Ärztliche Verordnung durch den Orthopäden (Vordruck REHA0205)
- Ein Kostenvoranschlag für den Fußschutz
- | | | | |
|------------------------------------|---|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trittspur | <input type="checkbox"/> Podogramm | } | vom Orthopädienschuhmacher |
| <input type="checkbox"/> Fußmaße | <input type="checkbox"/> Fotos der Füße | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |

Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit Behinderung (z. B. blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten. Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden und zwar

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> als Großdruck | <input type="checkbox"/> als CD (Schrift-/Textdatei im „doc“-Format) |
| <input type="checkbox"/> in Braille (Kurzschrift) | <input type="checkbox"/> als Hörmedium (Kassette) |
| <input type="checkbox"/> in Braille (Vollschrift) | <input type="checkbox"/> als Hörmedium (CD-DAISY-Format) |

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. 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 auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110/111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) bzw. der §§ 116/119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers