

## 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 Orthopädienschuhmacher 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

