

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

2 Angaben zur Person

Name								
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)								
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)								
Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)								
Vorname (Rufname)								
Geburtsname								
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)								
Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)								
frühere Namen								
Staatsangehörigkeit								
gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit		bis: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">Tag</td><td style="font-size: 8px;">Monat</td><td style="font-size: 8px;">Jahr</td></tr></table>				Tag	Monat	Jahr
Tag	Monat	Jahr						
Geburtsdatum	Geschlecht							
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> geschlechtsneutral							
Geburtsort (Kreis, Land)								
Straße								
Hausnummer								
Adresszusatz								
Postleitzahl								
Wohnort								
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)								
Telefax (Angabe freiwillig)								
E-Mail (Angabe freiwillig)								
noch E-Mail (Angabe freiwillig)								



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

3 Angaben zum Familienstand und Beruf

3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)

0 ledig 1 verheiratet 2 geschieden 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)

0 nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner) 1 Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student) 2 ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)

3 angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig) 4 Facharbeiter 5 Meister, Polier

6 Angestellter 7 Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechts 8 Selbständiger

5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

0 nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft) 1 Ganztagsarbeit **ohne** Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht 2 Ganztagsarbeit **mit** Wechselschicht / Akkord

3 Ganztagsarbeit **mit** Nachtschicht 4 Teilzeitarbeit, **weniger** als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit 5 Teilzeitarbeit, **mindestens** die Hälfte der üblichen Arbeitszeit

6 ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann 7 arbeitslos gemeldet 8 Heimarbeit

9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen

6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP)

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

0 nein 1 ja



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,
- Verfolgenreiden,
- Impfschaden?

Von welcher Stelle?

nein ja

Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

nein ja

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?

Von welcher Stelle zuletzt?

nein ja

Aktenzeichen

Tag	Monat	Jahr

 vom

vom

bis

Tag	Monat	Jahr



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 15

für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 10 Ziffer 20)

Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit
der Versicherten / des Versicherten

ist beigefügt

wird nachgereicht

16 Bankverbindung

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

IBAN (International Bank Account Number)

D E

Geldinstitut:

Name

Ort

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:

Name

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

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

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

Vorname (Rufname)

Straße

Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

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, Führunghund oder Assistenzhund)?

nein ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

18 Dokumentenzugang

18.1 Per De-Mail

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)

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

19.1 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, 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.

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.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **19.2**

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 (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenkassen.

19.3 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.

20 Unterschrift

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

21 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse

Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt, benötigen wir das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und das Formular G0120 - AUD-Beleg - von der Krankenkasse auszufüllen - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

21.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
21.2 AUD-Beleg ist beigelegt	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
Datum	



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT/ MSNR

noch zu Ziffer 1.1

Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt?

nein ja

Wenn ja:

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

nein ja

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?

Bei Folgeanträgen: Ist der bisher bezuschusste orthopädische Fußschutz oder sind die orthopädischen Arbeitsschuhe noch gebrauchsfähig?

nein ja

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers (Formular G0134)
- Angebot eines Orthopädeschuhmachers
- Beim Erstantrag: Befundbericht des orthopädischen Facharztes (mit Trittspur auf Blaupapier mit Fußmaßen, bei Diabetesversorgungen oder orthopädischen Maßschuhen zusätzlich Foto der Füße und Befundbogen)
- Beim Folgeantrag: Fachärztliche Empfehlung mit Begründung

Zu Ziffer 1.2 - Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für einen orthopädischen Fahrersitz sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Bescheinigung des Arbeitgebers (Formular G0136)
- Fachärztliche Empfehlung mit Begründung
- Kostenvoranschlag mit ausführlicher Funktionsbeschreibung

Zu Ziffer 1.3 - Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für Arbeitsplatzausstattung und Sonstiges sind folgende Unterlagen beizufügen:

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

Zu Ziffer 1.4 - Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für berufsbedingten Mehrbedarf einer Hörhilfe 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
- Angaben unter Ziffer 2 Arbeitsplatzbeschreibung sind nicht erforderlich.



Ärztlicher Bericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsantrag)

Versicherungsnummer	Geburtsdatum	
Name, Vorname, ggf. auch Geburtsname		
Straße und Hausnummer	PLZ	Wohnort

DMP-Patient

A Diagnosen in der Reihenfolge einer Bedeutung für die Rehabilitation

Diagnoseschlüssel ICD 10

1. Hauptdiagnose	<input type="text"/>
2. Reha-relavante Nebendiagnosen	<input type="text"/>
3. Sonstige Diagnosen	<input type="text"/>
4. Ein wesentliches Leiden ist (vermutlich) Folge eines	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfalles/Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Privatunfalles

B 1. Die Antragstellung wurde angeregt durch

Patient beh. Arzt Betriebsarzt Krankenkasse Servicestelle

2. Arbeitsunfähigkeit besteht wegen
 nein ja, seit

C 1. Missbrauch/Gefährdung durch (Laborwerte (g GT, CDT, MCV, Drogenscreening) bitte beifügen, soweit vorhanden)

Alkohol Drogen Medikamente Sonstige

2. Entwöhnungsbehandlung angezeigt
 nein ja

D 1. Krankheitsvorgeschichte und -verlauf (Berichte und Gutachten der letzten Jahre bitte beifügen)

E 1. Therapie in den letzten 6 Monaten (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

F 1. Jetzige Beschwerden, die für die Antragstellung maßgeblich waren

G 1. Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag und Beruf

2. Ausprägungen der Einschränkungen

ohne leicht-gradig mittel-gradig schwer-gradig höchst-gradig

H Untersuchungsbefund

1. Normalbefunde/normale Funktion

Datum der letzten Befunderhebung

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

- Sinnesorgane
 Haut
 Atmungsorgane
 Herz/Kreislauf

- Bauchorgane
 Kontinenzorgane
 Wirbelsäule
 obere Extremitäten

- untere Extremitäten
 Nervensystem
 Psyche
 geistige Leistungsfähigkeit

2. pathologische Befunde/Funktionsstörungen

3. Taubheit Blindheit ausgeprägte Gehstörung auf Rollstuhl angewiesen ausgeprägte geistige Behinderung

4. Gewicht kg Größe cm RR mmHG Puls

I 1. Ziele einer Rehabilitationsmaßnahme aus Ihrer Sicht

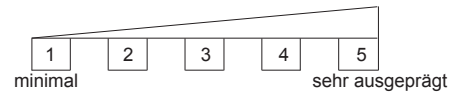
2. Sind diese mit dem Patienten besprochen?

nein ja

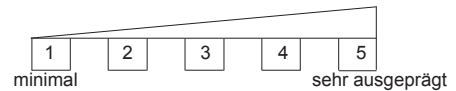
3. Ist der Patient **motiviert, aktiv** an der Rehabilitation **mitzuwirken**?

nein ja

4. Rehabilitationsbedürftigkeit des Patienten aus Ihrer Sicht



5. In welchem Ausmaß erwarten Sie eine nachhaltige Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Reha-Maßnahme?



6. Erwarten Sie, dass die bisherige berufliche Tätigkeit weitergeführt werden kann?

nein ja

7. Haben Sie zu einem Rentenantrag geraten?

nein ja

J 1. Anregung spezieller Maßnahmen

2. Wird eine bestimmte Behandlungsstätte bevorzugt?

nein ja

wenn ja, welche?

K 1. Ist in Kürze weitere Diagnostik oder Akuttherapie (z. B. OP) geplant? wenn ja, welche?

nein ja

2. Ist Verständigung in deutscher Sprache für erfolgreiche Rehabilitation ausreichend?

nein ja

wenn nein, welche?

3. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine Rehabilitationsmaßnahme?

nein ja

4. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine ganztägig ambulante Rehabilitation? (tägl. Hin- und Rückfahrt zu und von der Reha-Einrichtung, häusliche Versorgung)

nein ja

5. Besteht die Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld?

nein ja

6. Besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln?

nein ja

L 1. Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt

des Rentenversicherungsträgers der Reha-Klinik

Uhrzeit

2. Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen

nein ja

M 1. Telefonnummer des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes

Ärztlicher Bericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsantrag)

Versicherungsnummer	Geburtsdatum	
Name, Vorname, ggf. auch Geburtsname		
Straße und Hausnummer	PLZ	Wohnort

DMP-Patient

A Diagnosen in der Reihenfolge einer Bedeutung für die Rehabilitation

Diagnoseschlüssel ICD 10

1. Hauptdiagnose	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Reha-relavante Nebendiagnosen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Sonstige Diagnosen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Ein wesentliches Leiden ist (vermutlich) Folge eines	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfalles/Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Privatunfalles

B 1. Die Antragstellung wurde angeregt durch

Patient beh. Arzt Betriebsarzt Krankenkasse Servicestelle

2. Arbeitsunfähigkeit besteht wegen
 nein ja, seit

C 1. Missbrauch/Gefährdung durch (Laborwerte (g GT, CDT, MCV, Drogenscreening) bitte beifügen, soweit vorhanden)

Alkohol Drogen Medikamente Sonstige

2. Entwöhnungsbehandlung angezeigt
 nein ja

D 1. Krankheitsvorgeschichte und -verlauf (Berichte und Gutachten der letzten Jahre bitte beifügen)

E 1. Therapie in den letzten 6 Monaten (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

F 1. Jetzige Beschwerden, die für die Antragstellung maßgeblich waren

G 1. Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag und Beruf

2. Ausprägungen der Einschränkungen

 ohne leicht- mittel- schwer- höchst-
 gradig gradig gradig gradig

H Untersuchungsbefund

1. Normalbefunde/normale Funktion

Datum der letzten Befunderhebung

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

- Sinnesorgane
 Haut
 Atmungsorgane
 Herz/Kreislauf

- Bauchorgane
 Kontinenzorgane
 Wirbelsäule
 obere Extremitäten

- untere Extremitäten
 Nervensystem
 Psyche
 geistige Leistungsfähigkeit

2. pathologische Befunde/Funktionsstörungen

3. Taubheit Blindheit ausgeprägte Gehstörung auf Rollstuhl angewiesen ausgeprägte geistige Behinderung

4. Gewicht kg Größe cm RR mmHG Puls

I 1. Ziele einer Rehabilitationsmaßnahme aus Ihrer Sicht

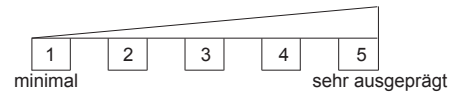
2. Sind diese mit dem Patienten besprochen?

nein ja

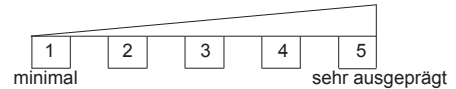
3. Ist der Patient **motiviert, aktiv** an der Rehabilitation **mitzuwirken**?

nein ja

4. Rehabilitationsbedürftigkeit des Patienten aus Ihrer Sicht



5. In welchem Ausmaß erwarten Sie eine nachhaltige Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Reha-Maßnahme?



6. Erwarten Sie, dass die bisherige berufliche Tätigkeit weitergeführt werden kann?

nein ja

7. Haben Sie zu einem Rentenanspruch geraten?

nein ja

J 1. Anregung spezieller Maßnahmen

2. Wird eine bestimmte Behandlungsstätte bevorzugt?

nein ja

wenn ja, welche?

K 1. Ist in Kürze weitere Diagnostik oder Akuttherapie (z. B. OP) geplant? wenn ja, welche?

nein ja

2. Ist Verständigung in deutscher Sprache für erfolgreiche Rehabilitation ausreichend?

nein ja

wenn nein, welche?

3. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine Rehabilitationsmaßnahme?

nein ja

4. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine ganztägig ambulante Rehabilitation? (tägl. Hin- und Rückfahrt zu und von der Reha-Einrichtung, häusliche Versorgung)

nein ja

5. Besteht die Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld?

nein ja

6. Besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln?

nein ja

L 1. Erbitten Rückruf durch den zuständigen Arzt

des Rentenversicherungsträgers der Reha-Klinik

Uhrzeit

2. Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen

nein ja

M 1. Telefonnummer des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes

Versicherungsnummer

Durch welche Versorgung können diese gebessert werden?

Falls vorhanden, bitte Unterlagen zur bisherigen Diagnostik (z. B. Bilder, Podographie, Ganganalyse usw.) beifügen.

Wurden bereits früher orthopädische bzw. Einlagen zu Lasten der Krankenkasse verordnet?

nein

ja, wann _____

Welche Besonderheiten bzw. Veränderungen am Sicherheitsschuh sind medizinisch notwendig?

antistatische Einlagen

Verkürzungsausgleich

Ballenpolster

Schmetterlingsrolle

sonstiges

Falls Maßschuhe verordnet werden: Warum reichen Baumusterschuhe nicht aus?

Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers:

ja

nein

Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen erbeten:

ja

nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Abrechnung des Honorars

Versicherungsnummer

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe

Patient/in (Name, Vorname)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Bei Angehörigen: Name und Geburtsdatum des versicherten Elternteils/Ehegatten/gleichgeschlechtlichen Lebenspartners	

Ärztlicher Befundbericht

(einschl. Schreibgebühr, Kopien und Portokosten)

28,44 EUR

Hinweis:

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen ist.

Überweisungsweg

Name des Kontoinhabers		Kennziffer des Arztes	
Straße und Hausnummer			
Postleitzahl	Wohnort		
IBAN (International Bank Account Number)		BIC (Bank Identifier Code)	
DE			
Geldinstitut (Name, Ort)			
Rechnungsnummer			

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

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.

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

