

Deutsche Rentenversicherung  
Bayern Süd  
Thomas-Dehler-Str. 3  
81729 München

|                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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](http://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** aufgefördert, 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<br><input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant                                                                                                                      | Bitte Formular G0110 beifügen!                                                                |
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen<br><input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant <input type="checkbox"/> ambulant<br><input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlungen | Bitte Formular G0110 beifügen!                                                                |
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur onkologischen Rehabilitation<br><input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant                                                                                                                      | Bitte Formular G0110 (sofern Sie keine Altersrente beziehen) und das Formular S0052 beifügen! |
| <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](http://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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> </div> |

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**

|                                                                                                                       |                                        |                                       |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>5.1</b> 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 |
| <b>5.2</b> 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<br>(zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner)                 | <input type="checkbox"/> 1 Auszubildender<br>(Anlernling, Praktikant, Volontär, Student)              | <input type="checkbox"/> 2 ungelernter Arbeiter<br>(nicht als Facharbeiter tätig) |
| <input type="checkbox"/> 3 angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf<br>(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 <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     |                            |                                                                        |                            |                                                                       |

## 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 |
|                     |

## 10 Beiträge zur Sozialversicherung

|                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                              |      |       |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|------|--|--|--|-----|-------|------|--|--|--|
| <b>10.1</b> Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                              |      |       |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                  |      |       |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |
| <b>10.2</b> Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                              |      |       |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |
| Staat                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                              |      |       |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                  |      |       |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |
| vom <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |                                                                                                                                              | Tag  | Monat | Jahr |  |  |  | Tag | Monat | Jahr |  |  |  |
| Tag                                                                                                                                                                                                                                         | Monat                                                                                                                                        | Jahr |       |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                              |      |       |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |
| Tag                                                                                                                                                                                                                                         | Monat                                                                                                                                        | Jahr |       |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                              |      |       |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |
| <b>10.3</b> Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                              |      |       |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> ja, Formular G0105 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen! |      |       |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |

## 11 Leistungen des Jobcenters

|                                                                                                  |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Beziehen oder bezogen Sie zuletzt Leistungen des Jobcenters oder haben Sie Leistungen beantragt? |                             |
| Name des Jobcenters, Aktenzeichen                                                                |                             |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                    | <input type="checkbox"/> ja |
| Bitte entsprechende Nachweise beifügen!                                                          |                             |

## 12 Sonstige Angaben

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>12.1</b> Wird eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung? |                             |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ja |
| <b>12.2 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung</b>                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
| Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?                                                                                                                                                                                                                     |                             |
| Name des Rentenversicherungsträgers                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ja |
| <b>12.3 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
| Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Knappschaftsausgleichsleistung)?                                                                                                         |                             |
| Art der Leistung                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ja |



**12.4** 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?

Von welcher Stelle?

☐ nein ☐ ja

Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

☐ nein ☐ ja

**12.5** 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 F0870 - 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        |
| <div></div> | <div></div> | <div></div> |

Bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

**12.6** 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

vom 

|             |             |             |
|-------------|-------------|-------------|
| Tag         | Monat       | Jahr        |
| <div></div> | <div></div> | <div></div> |

 bis 

|             |             |             |
|-------------|-------------|-------------|
| Tag         | Monat       | Jahr        |
| <div></div> | <div></div> | <div></div> |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Versicherungsnummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> <div style="width: 10%;"> </div> </div> |

12.7 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

13 Antragstellung durch andere Personen

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?

nein, weiter bei Ziffer 14

ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von

(Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen)

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

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

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter

Vormund

Betreuer

Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Wohnort

Land

Telefon

Telefax

14 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:

Seite 7 von 10

G0100-00 DRV

Version 33033 - FORHAQ 3/2024 - Stand 18.10.2024



## 15 Dokumentenzugang 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)

## 16 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.

### 16.1 Einwilligungserklärung

**Ich willige ein**, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden dürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die von mir Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Einrichtungen und Sozialleistungsträgern hierzu erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. **Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch Auskünfte 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 weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Soweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Folge, dass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem Rentenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antrag wegen mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch gemäß § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden 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).

Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten

☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.



|                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 |                         |
|                                        |                         |
| Datum                                  |                         |
|                                        |                         |



Versicherungsnummer

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



**Deutsche  
Rentenversicherung**

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

|  |
|--|
|  |
|--|

Geburtsdatum

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**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<br>(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 Diabetesversorgung 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<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|                     |                                 |             |

noch Ziffer **5**

|                                                                              |                          |                                                           |                                                                     |                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Arbeitshaltung</b>                                                        |                          |                                                           | <b>Heben / Tragen</b>                                               |                                                                                               |
|                                                                              | ständig                  | überwiegend                                               | zeitweise                                                           | Art der Lasten:                                                                               |
| stehend                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>                                            | _____                                                                                         |
| gehend                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>                                            | _____                                                                                         |
| sitzend                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>                                            | _____                                                                                         |
| gebückt                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>                                            | _____                                                                                         |
| Arme über Brusthöhe                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>                                            | _____                                                                                         |
| kniend / hockend                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>                                            | _____                                                                                         |
| auf Gerüsten / Leitern                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>                                            | _____                                                                                         |
|                                                                              |                          |                                                           | Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg              |                                                                                               |
|                                                                              |                          |                                                           | Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?                          |                                                                                               |
|                                                                              |                          |                                                           | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende |                                                                                               |
|                                                                              |                          |                                                           | weitere Bemerkungen                                                 |                                                                                               |
| _____                                                                        |                          |                                                           |                                                                     |                                                                                               |
| <b>Arbeitsorganisation</b>                                                   |                          | <b>Äußere Einflüsse</b>                                   |                                                                     | <b>Berufliches Kraftfahren</b>                                                                |
| Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche                                           |                          |                                                           |                                                                     |                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Ganztagsarbeit                                      |                          | <input type="checkbox"/> Kälte, Zugluft, Nässe            |                                                                     | <input type="checkbox"/> Pkw                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit                                      |                          | <input type="checkbox"/> Hitze                            |                                                                     | <input type="checkbox"/> Lkw                                                                  |
| <input type="checkbox"/> andere Arbeitszeitmodelle                           |                          | <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung          |                                                                     | <input type="checkbox"/> Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge                                    |
|                                                                              |                          | <input type="checkbox"/> Rauchentwicklung                 |                                                                     | <input type="checkbox"/> Personenbeförderung                                                  |
|                                                                              |                          | <input type="checkbox"/> starker Lärm                     |                                                                     | <input type="checkbox"/> Gefahrguttransport                                                   |
|                                                                              |                          | <input type="checkbox"/> Lärmschutz muss getragen werden  |                                                                     |                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> regelmäßige Frühschicht / Spätschicht               |                          | <input type="checkbox"/> Erschütterungen / Vibrationen    |                                                                     | <b>Sonstiges</b>                                                                              |
| <input type="checkbox"/> regelmäßige Dreischicht                             |                          | <input type="checkbox"/> Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?   |                                                                     | <input type="checkbox"/> außerordentliche Konzentration erforderlich                          |
| <input type="checkbox"/> nur Nachtschicht                                    |                          |                                                           |                                                                     | <input type="checkbox"/> überwiegend Bildschirmarbeit                                         |
| <input type="checkbox"/> starrer maschinengebundener Arbeitstakt             |                          | <input type="checkbox"/> hautreizende Stoffe, welche?     |                                                                     | <input type="checkbox"/> besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit) |
| <input type="checkbox"/> Einzelakkord <input type="checkbox"/> Gruppenakkord |                          |                                                           |                                                                     |                                                                                               |
| Beschreibung                                                                 |                          | <input type="checkbox"/> atemwegsreizende Stoffe, welche? |                                                                     |                                                                                               |
|                                                                              |                          |                                                           |                                                                     |                                                                                               |
| Arbeitsweise                                                                 |                          | <input type="checkbox"/> überwiegend im Freien            |                                                                     |                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Außendienst zu _____ %                              |                          | <input type="checkbox"/> überwiegend in Rohbauten         |                                                                     |                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Innendienst zu _____ %                              |                          | <input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt  |                                                                     |                                                                                               |

## 6 Gesundheitliche Probleme

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?



|                     |                                 |             |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|                     |                                 |             |

noch Ziffer 6

|                                                                                                                    |                      |             |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|------|
| Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt? |                      |             |      |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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? |  |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und von welcher Stelle?                                                                     |  |
|                                                                                                                                                             |  |

## 9 Betriebsarzt / Werksarzt

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen _____                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden?                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Werksarztes                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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). |  |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____                                                                                                                                 |              |

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)



Deutsche  
Rentenversicherung

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

**1 Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet**

☐ nein ☐ ja, bis

Das Beschäftigungsverhältnis ist gekündigt

☐ nein ☐ ja, zum

Die Versicherte / der Versicherte ist verpflichtet, am Arbeitsplatz aufgrund geltender Unfallverhütungsvorschriften

☐ Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) zu tragen.

☐ nein ☐ ja

☐ Arbeitsschuhe zu tragen. (Beantwortung von Ziffer 2 nicht erforderlich)

☐ nein ☐ ja

**2 Sicherheitsschuhe** sind demnach - entsprechend dem Gefährdungsrisiko der Versicherten / des Versicherten am Arbeitsplatz - in folgender Ausführung notwendig: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Schuhform:**

- ☐ A Halbschuh
- ☐ B Stiefel niedrig
- ☐ C Stiefel halbhoch
- ☐ D Stiefel hoch
- ☐ E Stiefel Oberschenkelhoch

**Klassifizierung I** Schuhe aus Leder oder anderen Materialien, mit Ausnahme von Vollgummischuhen oder Gesamtpolymerschuhen

**Kategorie**

**Schutzfunktion**

- ☐ SB Schuhe mit Zehenkappe 200 Joule
- ☐ S1 zusätzlich: Geschlossener Fersenbereich, Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
- ☐ S2 wie S1, zusätzlich: Wasserdurchtritt, Wasseraufnahme
- ☐ S3 wie S2, zusätzlich: Durchtrittssicherheit, profilierte Laufsohle



|                     |                                 |             |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) | MSAT / MSNR |
|                     |                                 |             |

noch Ziffer 2

|                                                                                                                    |                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Klassifizierung II</b>                                                                                          | Schuhe vollständig geformt oder vulkanisiert (Gummistiefel, Polymerstiefel für den Nassbereich) |
| <b>Kategorie</b>                                                                                                   | <b>Schutzfunktion</b>                                                                           |
| <input type="checkbox"/> S4                                                                                        | Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich                                            |
| <input type="checkbox"/> S5                                                                                        | wie S4, zusätzlich: Durchtrittssicherheit, profilierte Laufsohle                                |
| <b>Notwendige Zusatzanforderungen nach DIN EN ISO 20345</b>                                                        |                                                                                                 |
| <b>Symbol</b>                                                                                                      | <b>Anforderung</b>                                                                              |
| <input type="checkbox"/> P                                                                                         | Durchtrittssicherheit                                                                           |
| <input type="checkbox"/> A                                                                                         | Antistatische Schuhe                                                                            |
| <input type="checkbox"/> HI                                                                                        | Wärmeisolierung                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> CI                                                                                        | Kälteisolierung                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> E                                                                                         | Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich                                                        |
| <input type="checkbox"/> WRU                                                                                       | Wasserdurchtritt und Wasseraufnahme                                                             |
| <input type="checkbox"/> HRO                                                                                       | Verhalten gegenüber Kontaktwärme                                                                |
| <b>3 Kosten für Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) / Arbeitsschuhe</b>                                            |                                                                                                 |
| 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:<br>Werden keine Angaben gemacht, erfolgt ein pauschaler Abzug des Arbeitgeberanteils in Höhe von 80 EUR.  |                                                                                                 |
| <b>4 Nur bei Folgeanträgen (Ersatzbeschaffungen) angeben:</b>                                                      |                                                                                                 |
| Die von der Versicherten / dem Versicherten bisher genutzten Sicherheitsschuhe oder Arbeitsschuhe sind             |                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                                                           | weiter gebrauchsfähig.                                                                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                           | nicht weiter gebrauchsfähig.                                                                    |

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen



## 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:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## 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"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |      |     |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    |       |                                                                                  |      |     |  |  |  |                          |                          |
| 2. | ..... | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |      |     |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    |       |                                                                                  |      |     |  |  |  |                          |                          |
| 3. | ..... | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |      |     |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    |       |                                                                                  |      |     |  |  |  |                          |                          |
| 4. | ..... | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

| Age Group | Number of People |
|-----------|------------------|
| 10        | 10               |
| 20        | 20               |
| 30        | 30               |
| 40        | 20               |
| 50        | 10               |
| 60        | 5                |
| 70        | 2                |
| 80        | 1                |
| 90        | 1                |



1 2 3

# G0600

**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 sind.**

| Name, Vorname | Geburtsdatum |
|---------------|--------------|
|               |              |

| Name, Vorname | Geburtsdatum |
|---------------|--------------|
|               |              |

|                                          |  |
|------------------------------------------|--|
| Institutionskennzeichen                  |  |
| IBAN (International Bank Account Number) |  |
| D E                                      |  |
| Geldinstitut (Name, Ort)                 |  |
| Kontoinhaberin / Kontoinhaber            |  |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort    |  |

|                                 |                 |              |
|---------------------------------|-----------------|--------------|
| <b>Bitte unbedingt angeben:</b> | Rechnungsnummer | Rechnung vom |
|---------------------------------|-----------------|--------------|

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)