

Antrag auf Folgeversorgung für Arbeitssicherheitsschuhe

Name, Vorname

Geb. Datum

Rentenvers. - Nr.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich

eine Folgeversorgung

eine Wechselversorgung

für ein Paar

Baumustergeprüfte Einlagen

Arbeitssicherheitsschuhe nach DIN ggf. mit orthop. Schuhzurichtung

Orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe nach Maß

S1 S2 S3 S4 S5 Gummi/PU-Stiefel

Halbschuh Stiefel, niedrig Stiefel

Besondere Anforderungen: _____

Die Wechsel - / Folgeversorgung ist erforderlich weil

Oberleder durch
mechanischen Einfluss
verschlissen

Sohle u. Absatz
irreparabel verschlissen

Aufgrund hygienischen
Anforderungen
(ausgeprägte
Schweißbildung)

Aufgrund hygienischen
Anforderungen (tägliche
Feuchtigkeitseinfluss
von außen)

Statusveränderung
Sicherheitsanforderung,
siehe Anforderungen

Statusveränderung
medizinischer Befund,
siehe Rezept

An meiner beruflichen Situation hat sich nichts geändert,
siehe G100 und G130 vom _____

Mit freundlichen Grüßen

Datum und Unterschrift