

Versicherungsnummer

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

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

--	--	--	--	--

Antrag auf Folgeversorgung oder Wechselversorgung für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

G0135

Hinweise: Diesen Antrag nur verwenden, wenn die bisherige Tätigkeit bei demselben Arbeitgeber ausgeübt wird. Der Antrag ist vor dem Kauf beziehungsweise vor der verbindlichen Bestellung zu stellen.

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

1 Beantragte Leistung

Bitte fügen Sie ein Angebot eines Orthopädienschuhmachers und eine fachärztliche Empfehlung mit Begründung bei.

- Folgeversorgung (Verlust der Gebrauchsfähigkeit der bisherigen Versorgung)
- Wechselversorgung (notwendige parallele Zweitversorgung)

Übernahme der Kosten für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

- maßgefertigte Einlagen
- Zurichtungen
- semiorthopädische Schuhe / Modulschuhe
- Maßschuhe
- Arbeitsschuhe

2 Begründung

Folgeversorgung <input type="checkbox"/> medizinische Notwendigkeit (veränderte medizinische Situation) Begründung: _____
<input type="checkbox"/> irreparabler Verschleiß Begründung: _____
Wechselversorgung <input type="checkbox"/> medizinische Notwendigkeit (zum Beispiel ausgeprägte Schweißbildung) Begründung: _____
<input type="checkbox"/> arbeitsplatzbezogene Gründe (zum Beispiel täglicher Feuchtigkeitseinfluss von außen) Begründung: _____



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

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

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

3 Ergänzende Angaben

Haben Sie bereits verbindlich bestellt oder gekauft?

nein

ja

Ich führe meine Tätigkeit unverändert fort:

nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

ja

Ich bin noch bei demselben Arbeitgeber beschäftigt:

nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

ja

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

4 Angaben des Arbeitgebers

Die Angaben der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers werden bestätigt.

Der Arbeitgeber beteiligt sich an den Kosten in Höhe von _____ EUR

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:

Angebot eines Orthopädeschuhmachers

fachärztliche Empfehlung mit Begründung

