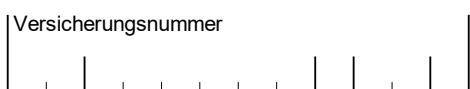
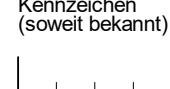
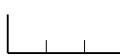


Versicherungsnummer  Kennzeichen (soweit bekannt) 



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:**

- |                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> A | Halbschuh                |
| <input type="checkbox"/> B | Stiefel niedrig          |
| <input type="checkbox"/> C | Stiefel halbhoch         |
| <input type="checkbox"/> D | Stiefel hoch             |
| <input type="checkbox"/> E | Stiefel oberschenkelhoch |

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

**Kategorie** **Schutzfunktion**

- |                             |                                                                                               |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SB | Schuhe mit Zehenkappe 200 Joule                                                               |
| <input type="checkbox"/> S1 | zusätzlich: Geschlossener Fersenbereich, Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich |
| <input type="checkbox"/> S2 | wie S1, zusätzlich: Wasserdurchtritt, Wasseraufnahme                                          |
| <input type="checkbox"/> S3 | wie S2, zusätzlich: Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle                               |



noch Ziffer 2

**Klassifizierung II** Schuhe vollständig geformt oder vulkanisiert (Gummistiefel, Polymerstiefel für den Nassbereich)

**Kategorie** **Schutzfunktion**

- |                             |                                                                 |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> S4 | Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich            |
| <input type="checkbox"/> S5 | wie S4, zusätzlich: Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle |

**Notwendige Zusatzanforderungen nach DIN EN ISO 20345**

**Symbol** **Anforderung**

- |                              |                                          |
|------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> P   | Durchtrittsicherheit                     |
| <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         |

**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

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | weiter gebrauchsfähig.       |
| <input type="checkbox"/> | nicht weiter gebrauchsfähig. |



# **Managementauftrag gegenüber dem Rententräger**

Hiermit beauftrage ich

Name

geb. am

die Firma in meinem Namen, das Beantragungsmanagement mit meinem Kostenträger für mich zu übernehmen. Der Auftrag umfasst sämtlichen Schriftverkehr und Telefonate mit dem Kostenträger im Zusammenhang mit der Schuh- und Einlagenversorgung (BGR 191).

Auf meinen Wunsch hin erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine erhobenen Gesundheitsdaten (Fußabdruck, Fußdiagnose, Fotos vom Fuß bis zum Knie) durch an den Kostenträger übermittelt werden dürfen.

---

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

# **Managementauftrag gegenüber der Arztpraxis meines Vertrauens**

Ich bin damit einverstanden, dass meine erhobenen Gesundheitsdaten (Fußabdruck, Fußdiagnose) durch  
an die Arztpraxis meines Vertrauens

Name des Arztes

weitergeleitet werden dürfen, um eine bessere und direkte interdisziplinäre Versorgung zu gewährleisten. Die Arztpraxis darf den ärztlichen Befundbericht direkt an weiterleiten.

hält die strengen Richtlinien zum Datenschutz bezüglich Gesundheitsdaten nach den gesetzlichen Regelungen ein. Das Verfahrensverzeichnis gem. § 4g Abs.2 Satz 2+3 BDSG in Verb. mit § 4e Satz 1 Nr.1-8 BDSG ist in o.g. Firma einzusehen.

---

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

---

## **Hausbesuchsauftrag**

Für Krankenkassenleistungen wünsche ich ausdrücklich im Hausbesuch von betreut zu werden. Über die freie Wahl des Leistungserbringers bin ich informiert.

---

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers