

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 (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.	
<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



# **Managementauftrag gegenüber dem Kostenträger**

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