

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



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