

Versicherungsnummer | Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

— 1 —

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
<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



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