

Notwendigkeitsbescheinigung Zum Tragen von Sicherheitsschuhen nach DIN EN 345

Herr/Frau _____

Wohnort _____

Ist in unserem Betrieb beschäftigt und verpflichtet an seinem/ihrer Arbeitsplatz Sicherheitsschuhe zu tragen. Diese müssen folgender Ausführung entsprechen:

Klassifizierung Kategorie III:

Schuhe aus Leder oder anderen Materialien, mit Ausnahme von Vollgummi- oder Gesamtpolymerschuhen

Bitte entsprechendes ankreuzen:

Schuhformen:

- A Halbschuh**
- B Stiefel niedrig**
- C Stiefel halbhoch**

Anforderungen:

- S 1 geschlossener Fersenbereich, Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich**
- S 2 wie S 1, zusätzlich Wasserdurchtritt und Wasseraufnahme**
- S 3 wie S 2, zusätzlich Wassertrittsicherheit, profilierte Laufsohle**

Zusatzanforderungen:

- ESD**
- Profilierte Laufsohle**

Sonstige Anforderungen:

Der Arbeitgeber beteiligt sich an den Kosten für Arbeitssicherheitsschuhe (ohne orthopädische Zusatzausstattung) in Höhe von _____ €.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des
Unternehmers/Sicherheitsbeauftragten

Kurzantrag auf Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 Abs. 8 Nr. 4 SGB IX) - Orthopädischer Fußschutz -

Bitte beachten Sie, dass

- die Kosten für orthopädischen Fußschutz (z. B. Sicherheitsschuhe, Schutzschuhe und Berufsschuhe) von der Rentenversicherung nur übernommen werden, wenn der betreffende Arbeitnehmer im Rahmen der Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft Fußschutz als persönliche Schutzausrüstung tragen muss.
- eine Bearbeitung des Antrags ohne die Anlage „Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers“ (Vordruck G0134) nicht erfolgen kann.
- bei erstmaliger Beantragung von orthopädischem Fußschutz ein ausführlicher Antrag und Befundberichte (Vordrucke G0100, G0133, G0134, REHA0200 und REHA0205) erforderlich ist.

Für die Antragsbearbeitung benötigen wir zusätzlich:

- von Ihrem Orthopäden eine Verordnung des orthopädischen Fußschutzes und
- von Ihrem Orthopädienschuhmacher einen **Kostenvoranschlag** und die dafür bereits angefertigten Unterlagen und Messergebnisse (z. B. Trittspur, Podogramm, Fußmaße, Fotos Ihrer Füße).

Bitte reichen Sie diese Unterlagen gemeinsam mit diesem Antrag ein.

Name	Vorname
Straße	Postleitzahl, Wohnort
Versicherungsnummer	Telefonnummer

Arbeitsplatzbeschreibung

Name und Anschrift des Arbeitgebers	Art des Betriebes (z. B. Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)
genaue Tätigkeit zurzeit/zuletzt (z. B. Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)	

Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate arbeitsunfähig, im Krankenhaus oder haben Sie an einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation teilgenommen? (bitte vorhandene Berichte beifügen)

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	vom - bis	wegen

Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (z. B. Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe
---	---

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?

Name und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

