Erstantragsformulare der
Deutschen Renterversicherung für:

überreicht von

Haus der Fußgesundheit
Orthopädie-Schuhtechnik

ADLER

79312 Emmendingen

Cornelia-Passage 4 • Fax 54872

Telefon 07641-43549 • www.adler-emmendingen.de
• info@adler-emmendingen.de

Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag	*9.00 – 13.00 Uhr*
	14.00 – 18.30 Uhr
Samstag	*9.00 – 14.00 Uhr*

Ablaufbeschreibung:

Haus der Fußgesundheit
Orthopädie-Schuhtechnik
ADLER

für ein Antrag auf Orthopädische Einlagenversorgung mit Arbeitsschuhen nach DIN bzw. Versorgung mit orthopädischen Arbeitssicherheitsschuhen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie möchten ein Antrag auf die Versorgung mit orthopädischen Einlagen und Sicherheitsschuhen ggf. auch mit einer orthopädischen Zurichtung nach DIN bzw. orthopädischen Arbeitssicherheitsschuhen bei Ihrem Versicherungsträger stellen.
Im Anhang sind alle notwendigen Unterlagen beigefügt.
Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, müssen diese Unterlagen komplett ausgefüllt werden.
Unvollständige Anträge können vom Versicherungsträger nicht bearbeitet werden.

1. Datenschutzerklärung des Versicherten

Diese Erklärung ermöglicht es uns, Ihre kompletten Unterlagen an Ihren Versicherungsträger weiterzuleiten.
Ihre med. Daten werden durch uns nicht gespeichert oder weitergegeben!

2. Ärztliche Befundberichte + Privatrezept von Orthopäde

1 Bericht von Ihrem **Hausarzt** und **1** Bericht vom **Facharzt für Orthopädie** ausfüllen lassen.
Die Diagnose sollte vollständig und ausführlich angegeben werden und evtl. Vorerkrankungen wie z.B. Bandscheibenvorfall, Bänderrisse, Fersensporne usw. beinhalten.
Unvollständige Diagnosen können zur Ablehnung der Kostenübernahme führen.
Insbesondere sind die Beschwerden und Funktionseinschränkungen aufzuführen.
Arztberichte + Rezept bitte wieder bei uns abgeben, damit wir alle Unterlagen komplett an den Versicherungsträger senden können!

3. Formular G100 und G 130

Hier dürfen die Felder, die offensichtlich nichts mit der beantragten Leistung zu tun haben, gestrichen werden.
Angaben zum beruflichen Werdegang und zur zuletzt ausgeübten Tätigkeit sind allerdings **immer** anzugeben (G130 Punkt 3 und 4). Diese beiden Formulare sind vom Versicherten **nur bei der Erstversorgung einmalig auszufüllen.** Bei einer Folgeversorgung benötigen Sie nur den „Antrag auf Folgeversorgung“.

4. Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers G 134

Diese ist vom Arbeitgeber vollständig auszufüllen (bitte auch der Betrag, der für Sicherheitsschuhe
ausgegeben wird) und zu unterschreiben.

Erst wenn **alle Unterlagen komplett** ausgefüllt sind, bringen Sie diese bitte zu uns, damit ein Kostenvoranschlag gemeinsam mit diesen Unterlagen an den Versicherungsträger zur Prüfung der Kostenübernahme geschickt werden kann.

Haus der Fußgesundheit
Orthopädie-Schuhtechnik
ADLER
79312 Emmendingen
Cornelia-Passage 4 • Fax 54872
Telefon 07641-43549 • www.adler-emmendingen.de

Datenschutzerklärung des Patienten

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

um Ihren Antrag auf orthopädische Einlagen und oder Sicherheitsschuhe ggf. mit Orthopädischer Zurichtung bei Ihrem Versicherungsträger komplett einzureichen, benötigen wir alle dazu gehörigen Unterlagen.
Diese werden durch uns an Ihren Versicherungsträger postalisch weitergeleitet.
Die betroffenen Unterlagen werden nicht durch uns archiviert und nur an den Versicherungsträger weitergeleitet.

Name, Vorname Geb. Datum

Straße

PLZ/Ort

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beauftrage ich die Firma Orthopädie-Schuhtechnik Adler, meinen Antrag auf orthopädische Einlagen und/oder Sicherheitsschuhen ggf. mit orthopädischer Zurichtung bei meinem Versicherungsträger einzureichen.
Ich erkläre mich einverstanden, dass zu diesem Zweck meine persönlichen Daten durch die Firma Orthopädie-Schuhtechnik Adler an den entsprechenden Versicherungsträger weitergeleitet werden.
Mit einer zusätzlichen Verwendung meiner Daten darüber hinaus erkläre ich mich nicht einverstanden.

Mit freundlichen Grüßen

Datum und Unterschrift

Deutsche Rentenversicherung
Baden-Württemberg
Gartenstraße 105, 76122 Karlsruhe
Adalbert-Stifter-Straße 105, 70429 Stuttgart

www.deutsche-rentenversicherung.de
info@drv-bw.de
Telefon 0721 825-0, Telefax 0721 825-21229
Telefon 0711 848-0, Telefax 0711 848-21438

Deutsche Rentenversicherung

L.-Art	Versicherungsnummer	Datum Anforderung	Kennzeichen

Ärztlicher Befundbericht

1 Familienname, Vorname — Geburtsdatum

2 Straße, Hausnummer — PLZ, Wohnort

3 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnose):
1.

2.

3.

4.

4 Jetzige Beschwerden:

5 Aktivitäts- und Teilhabeeinschränkungen:

6 Krankheitsvorgeschichte
(insbesondere wichtige Krankenhausaufenthalte/Konsiliaruntersuchungen in den letzten 2 Jahren, möglichst als Kopie)

7 Bisherige und derzeitige Therapie

RT5020b-24.01/17

8 Familienname, Vorname — Geburtsdatum

9 Untersuchungsbefunde: letzte Untersuchung am

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm RR: _____ mm Hg

von der Norm abweichende klinische Untersuchungsbefunde:

10 Wichtige medizinisch-technische Befunde (möglichst Unterlagen als Kopie beifügen):

11 Patient befindet sich seit dem _____ ☐ regelmäßig ☐ monatlich ☐ quartalsweise ☐ gelegentlich in meiner Behandlung

12 zur Zeit arbeitsunfähig? ☐ nein ☐ ja, seit: _____ wegen _____

13 Arbeitsunfähigkeit in den letzten 2 Jahren? ☐ nein ☐ ja, mehr als 3 Monate ☐ mehr als 6 Monate
wegen _____

14 Befundänderungen in den letzten 12 Monaten? ☐ nein ☐ Besserung ☐ Verschlechterung seit _____
Befundänderungen in den letzten 3 Jahren? ☐ nein ☐ Besserung ☐ Verschlechterung seit _____

15 Verständigung in deutscher Sprache möglich? ☐ ja ☐ nein, in welcher _____

16 Besteht Reisefähigkeit für öffentl. Verkehrsmittel? ☐ ja ☐ nein, Bemerkungen _____

17 Besserung der Leistungsfähigkeit ggf. möglich? ☐ nein ☐ ja, durch medizinische Rehabilitation ☐ kann ich nicht beurteilen ☐ ja, durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

18 Bemerkungen:

19 ☐ Erbitte Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers; Tel.-Nr. des Arztes: _____

20 ☐ Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen

Bitte beiliegende Gebührenrechnung ausfüllen!

Ort/Datum — Unterschrift des Arztes/Stempel

Postleitzahl, Wohnort, Straße

Deutsche Rentenversicherung
Baden-Württemberg
Gartenstraße 105, 76122 Karlsruhe
Adalbert-Stifter-Straße 105, 70429 Stuttgart

www.deutsche-rentenversicherung.de
info@drv-bw.de
Telefon 0721 825-0, Telefax 0721 825-21229
Telefon 0711 848-0, Telefax 0711 848-21438

Deutsche Rentenversicherung

Abrechnung des Honorars

Versicherungsnummer	Datum der Anforderung	Kennzeichen

Ärztlicher Befundbericht im Rentenverfahren

Patient/in (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Straße und Hausnummer	

Postleitzahl	Wohnort

Ärztlicher Befundbericht **28,44 EUR**
(einschl. Schreibgebühr, Kopien und Portokosten)

Hinweis:
Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen ist.

Überweisungsweg

Name des Kontoinhabers	

Straße und Hausnummer	

Postleitzahl	Wohnort

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	

Geldinstitut (Name, Ort)

Rechnungsnummer

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

RT5020b-24.01/17

Hinweise für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt

Die medizinischen Angaben sind für uns vor allem unter dem Gesichtspunkt von Interesse, inwieweit die Erkrankungen auf das Erwerbsleben Ihrer Patientin/Ihres Patienten einen leistungsmindernden Einfluss haben. Deshalb bitten wir Sie, neben Nennung der konkret vorliegenden Diagnosen, vor allem um Angaben zu Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabestörungen.

Ihre Patientin/Ihr Patient hat Sie in ihrem/seinem Rentenantrag von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden und ist ebenfalls mit der vollständigen Weitergabe der Ihnen vorliegenden Unterlagen von anderen Ärzten bzw. anderen Stellen einverstanden. In diesem Zusammenhang weisen wir auf § 100 des Sozialgesetzbuches X hin. Danach ist der Arzt oder Angehörige eines anderen Heilberufes verpflichtet, dem Leistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht zahlen wir auf der Grundlage der Empfehlung zur Vergütung ärztlicher Leistungen für die gesetzliche Rentenversicherung zum 01.01.2017 ein Honorar, einschließlich Porto, Fotokopien und Schreibgebühren. Bitte verwenden Sie die beiliegende Gebührenrechnung. Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Befundbericht (z. B. zusätzliche Untersuchungen) können vom Rentenversicherungsträger nicht erstattet werden. Wenn ohne neue Befunderhebung kein Befundbericht erstellt werden kann, bitten wir Sie, auf das Ausfüllen des Formulares zu verzichten und uns unverzüglich zu informieren.

Die zeitnahe Erstellung des Befundberichtes liegt auch im Interesse Ihrer Patientin/Ihres Patienten.

Textvorschlag für das Rezept

☐ 1 Paar Arbeits-Sicherheitsschuhe, baumustergeprüft für Einlagen/Zurichtung geeignet mit:

- ☐ Sicherheitsschuh Einlagen
- ☐ nach Formabdruck
- ☐ langsohlig
- ☐ Fersenpolster
  ☐ li. ☐ re. ☐ bds.
- ☐ Fersenspornentlastung
  ☐ li. ☐ re. ☐ bds.
- ☐ Vorfußpolster bds.
- ☐ Supinationskeil bds.
- ☐ Erhöhung li. _____ mm
  re. _____ mm
- ☐ in Schalenform

	bds.	li.	re.
☐ Abrollsohlen	☐	☐	☐
☐ Schmetterlingsrollen	☐	☐	☐
☐ mit Weichbettung	☐	☐	☐
☐ Außenranderh. _____ mm	☐	☐	☐
☐ Innenranderh. _____ mm	☐	☐	☐

- ☐ Schuherhöhung li. _____ mm
  re. _____ mm
- ☐ Absatzerhöhung li. _____ mm
  re. _____ mm

☐ sonstiges: _____

_____

_____

_____

Deutsche Rentenversicherung
Baden-Württemberg
Gartenstraße 105, 76122 Karlsruhe
Adalbert-Stifter-Straße 105, 70429 Stuttgart

www.deutsche-rentenversicherung-bw.de
info@drv-bw.de
Telefon 0721 825-0, Telefax 0721 825-21229
Telefon 0711 848-0, Telefax 0711 848-21438

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe

Bei erstmaligem Antrag bitte dem Facharzt für Orthopädie vorlegen!

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht wird eine Gebühr von 28,44 EUR (inklusive Schreibgebühr, Fotokopien und Porto erstattet.
Hinweis: Eine Vergütung ist nur möglich, wenn Ihr Patient tatsächlich einen entsprechenden Antrag stellt.

Angaben zur Person

Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	Geburtsname

Geburtsdatum	Geschlecht
	☐ männlich ☐ weiblich

Straße, Hausnummer

Postleitzahl	Wohnort

Beruf (bitte den Arbeitsplatz genau beschreiben)

Maßangaben

Gewicht _____ kg Größe _____ cm

Beschwerden und Funktionseinschränkungen aktuell

Diagnosen:

Beschreiben Sie bitte ausführlich die bestehenden Funktionseinschränkungen und/oder Schmerzsymptomatik.
Bitte Befunde beifügen

REHA0205-24.01/17

Versicherungsnummer

Durch welche Versorgung können diese gebessert werden?
Falls vorhanden, bitte Unterlagen zur bisherigen Diagnostik (z. B. Bilder, Podographie, Ganganalyse usw.) beifügen.

Wurden bereits früher orthopädische bzw. Einlagen zu Lasten der Krankenkasse verordnet?

☐ nein ☐ ja, wann _____

Welche Besonderheiten bzw. Veränderungen am Sicherheitsschuh sind medizinisch notwendig?

☐ antistatische Einlagen

☐ Verkürzungsausgleich

☐ Ballenpolster

☐ Schmetterlingsrolle

☐ sonstiges

Falls Maßschuhe verordnet werden: Warum reichen Baumusterschuhe nicht aus?

Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers: ☐ ja ☐ nein

Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen erbeten: ☐ ja ☐ nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Deutsche Rentenversicherung
Baden-Württemberg
Gartenstraße 105, 76122 Karlsruhe
Adalbert-Stifter-Straße 105, 70429 Stuttgart

www.deutsche-rentenversicherung-bw.de
info@drv-bw.de
Telefon 0721 825-0, Telefax 0721 825-21229
Telefon 0711 848-0, Telefax 0711 848-21438

Deutsche Rentenversicherung

Abrechnung des Honorars

Versicherungsnummer

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe

Patient/in (Name, Vorname)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl	Wohnort

Bei Angehörigen: Name und Geburtsdatum des versicherten Elternteils/Ehegatten/gleichgeschlechtlichen Lebenspartners

Ärztlicher Befundbericht — 28,44 EUR

(einschl. Schreibgebühr, Kopien und Portokosten)

Hinweis:
Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen ist.

Überweisungsweg

Name des Kontoinhabers — Kennziffer des Arztes

Straße und Hausnummer

Postleitzahl	Wohnort

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
DE	

Geldinstitut (Name, Ort)

Rechnungsnummer

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

REHA0205-24.01/17

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Eingangsstempel der Antrag aufnehmenden Stelle

Eingangsstempel des Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte - Rehabilitationsantrag

G0100

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund Sechstes Buch Sozialgesetzbuch und Neuntes Buch Sozialgesetzbuch von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Blockschrift (GROSSBUCHSTABEN) in schwarz oder blau

Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter **schriftlich** aufgefordert, diesen Antrag zu stellen?

☐ nein ☐ ja, die Krankenkasse ☐ ja, die Agentur für Arbeit ☐ ja, das Jobcenter

Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen!

1 Beantragte Leistung

☐ **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** ☐ **stationär** ☐ **ganztägig ambulant**	**Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!**
☐ **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke** ☐ **stationär** ☐ **ganztägig ambulant** ☐ **ambulant** ☐ **Kombinationsbehandlungen**	**Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!**
☐ **Leistungen zur onkologischen Rehabilitation** ☐ **stationär** ☐ **ganztägig ambulant**	**Anlage (Formular G0110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen!**
☐ **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** (Berufliche Rehabilitation)	**Anlage (Formular G0130) bitte beifügen!**
☐ **Kraftfahrzeughilfe**	**Anlagen (Formulare G0140, G0141 und G0142) bitte beifügen!**
☐ **Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind**	**Anlagen (Formular G0133 und gegebenenfalls G0134 oder G0136) bitte beifügen!**

G0100-00 DRV
Version 22022 - AGDR 1/2017 - Stand 20.02.2017

Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

2 Angaben zur Person

Name

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

Vorname (Rufname)

Geburtsname

Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)

Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)

frühere Namen

Staatsangehörigkeit

gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit

bis: Tag Monat Jahr

Geburtsdatum

Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich ☐ geschlechtsneutral

Geburtsort (Kreis, Land)

Straße

Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Wohnort

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax (Angabe freiwillig)

E-Mail (Angabe freiwillig)

noch E-Mail (Angabe freiwillig)

G0100-00 DRV
Version 22022 - AGDR 1/2017 - Stand 20.02.2017

Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

3 Angaben zum Familienstand und Beruf

3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)

☐ **0** ledig ☐ **1** verheiratet ☐ **2** geschieden ☐ **3** verwitwet

3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)

4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

(bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)

☐ **0** nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner)

☐ **1** Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student)

☐ **2** ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)

☐ **3** angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)

☐ **4** Facharbeiter

☐ **5** Meister, Polier

☐ **6** Angestellter

☐ **7** Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechts

☐ **8** Selbständiger

5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

☐ **0** nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)

☐ **1** Ganztagsarbeit **ohne** Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht

☐ **2** Ganztagsarbeit **mit** Wechselschicht / Akkord

☐ **3** Ganztagsarbeit **mit** Nachtschicht

☐ **4** Teilzeitarbeit, **weniger** als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit

☐ **5** Teilzeitarbeit, **mindestens** die Hälfte der üblichen Arbeitszeit

☐ **6** ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann

☐ **7** arbeitslos gemeldet

☐ **8** Heimarbeit

☐ **9** Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen

6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - **D**isease-**M**anagement-**P**rogramm (DMP)

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

☐ **0** nein ☐ **1** ja

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

7 Krankenkasse

Name

Straße

Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

telefonisch tagsüber zu erreichen

☐ Gesetzliche Krankenkasse ☐ Private Krankenversicherung

8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Name

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

Vorname (Rufname)

Straße

Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

telefonisch tagsüber zu erreichen

Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

9 Beiträge zur Sozialversicherung

9.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

☐ nein ☐ ja

9.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

Staat

☐ nein ☐ ja

vom (Tag Monat Jahr) bis (Tag Monat Jahr)

9.3 Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?

☐ nein ☐ ja, Formular G0105 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!

10 Bezug von Arbeitslosengeld II

Beziehen oder bezogen Sie im laufenden Kalenderjahr Arbeitslosengeld II?

☐ nein ☐ ja, bitte entsprechende Nachweise beifügen!

11 Beamteneigenschaft

Wird eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

☐ nein ☐ ja

12 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Name des Rentenversicherungsträgers

☐ nein ☐ ja

13 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente

Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Knappschaftsausgleichsleistung)?

Art der Leistung

☐ nein ☐ ja

14 Sonstige Angaben

14.1 Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als
- Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls,
- Berufskrankheit,
- Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,
- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist,
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgtenleiden,
- Impfschaden?

☐ nein ☐ ja

Von welcher Stelle?

Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ nein ☐ ja

Bei welcher Stelle?

14.2 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

☐ nein ☐ ja, Formular R0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII bitte beifügen.

Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

☐ nein ☐ ja am Tag Monat Jahr

Bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

14.3 Haben Sie **in den letzten 4 Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

☐ nein ☐ ja

Von welcher Stelle zuletzt?

Aktenzeichen

vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

14.4 Haben Sie unmittelbar vor diesem Rehabilitationsantrag bereits bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Mutter-Kind-Leistungen / Vater-Kind-Leistungen (Vorsorge oder Rehabilitation) gestellt beziehungsweise sind solche Leistungen zuvor verordnet worden? (Vorhandene Unterlagen bitte beifügen!)

☐ nein ☐ ja am Tag Monat Jahr

Name der Krankenkasse

Aktenzeichen

15 Antragstellung durch eine andere Person

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

Vorname (Rufname)

Dienststelle

gegebenenfalls Aktenzeichen

in der Eigenschaft als

☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter

Straße

Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Wohnort

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax (Angabe freiwillig)

E-Mail (Angabe freiwillig)

noch E-Mail (Angabe freiwillig)

Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

noch Ziffer **15**

für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 10 Ziffer 20)

Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

16 Bankverbindung

(die Angabe ist freiwillig, zugleich für eine Überweisung unverzichtbar)

IBAN (International Bank Account Number)

D E

Geldinstitut:

Name

Ort

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:

Name

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

Vorname (Rufname)

Straße

Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

17 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:

G0100-00 DRV
Version 22022 - AGDR 1/2017 - Stand 20.02.2017

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

18 Dokumentenzugang

18.1 Per De-Mail

☐ Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.

Meine De-Mail-Adresse lautet:

De-Mail
noch De-Mail

18.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.
Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

☐ als Großdruck

☐ in Braille (Kurzschrift)

☐ in Braille (Vollschrift)

☐ als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)

☐ als Hörmedium (CD-DAISY Format)

19 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)

19.1 Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt, erhalten darf. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) beziehungsweise der §§ 116, 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

19.2 Information

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen.

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **19.2**

Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter oder Rehabilitationseinrichtungen) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.
Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenkassen.

19.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

20 Unterschrift

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:

- der Antragstellerin / des Antragstellers

oder

- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift

21 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse

Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt, benötigen wir das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und das Formular G0120 - AUD-Beleg - von der Krankenkasse auszufüllen - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

21.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
21.2 AUD-Beleg ist beigefügt ☐ nein ☐ ja	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift Datum	

G0100-00 DRV
Version 22022 - AGDR 1/2017 - Stand 20.02.2017

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation) G0130

Name, Vorname	Geburtsdatum

1 Schulausbildung

☐ Hauptschule / Polytechnische Oberschule (8 Klassen)	Schuljahre von - bis
☐ Realschule (Mittelschule) / Polytechnische Oberschule (10 Klassen)	Schuljahre von - bis
☐ Gymnasium / Erweiterte Oberschule	Schuljahre von - bis
☐ Gesamtschule	Schuljahre von - bis
Art der Schule ☐ Sonstige Schule	Schuljahre von - bis
☐ Berufsschule / Berufsfachschule / Berufsaufbauschule	Schuljahre oder Semester von - bis
☐ Fachschule	Schuljahre oder Semester von - bis
☐ Fachoberschule	Schuljahre oder Semester von - bis
☐ Fachhochschule	Schuljahre oder Semester von - bis
☐ Hochschule / Universität	Schuljahre oder Semester von - bis
Erreichte Schulabschlüsse oder Art der abgelegten Prüfungen	

2 Berufsausbildung

2.1 Welche Berufsausbildung haben Sie?

Berufsausbildung als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
Berufsausbildung als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung

2.2 Abgebrochene Berufsausbildung

als	warum abgebrochen?	am

G0130-00 DRV
V008 - AGDR 2/2015 - Stand: 01.06.2015

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

2.3 Anlernberuf

als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung
als	von - bis	Art der abgelegten Prüfung

2.4 Sind Sie schon einmal umgeschult worden?

Umschulungsberuf	von - bis

☐ nein ☐ ja

Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung?

Wurde die Umschulung erfolgreich beendet?

☐ nein ☐ ja

Wer war Kostenträger (zum Beispiel Agentur für Arbeit)?	Aktenzeichen

Wo erfolgte die Umschulung (zum Beispiel Berufsförderungswerk)?

2.5 Haben Sie an Lehrgängen, Fernlehrgängen oder Kursen teilgenommen?

Art und Zeitraum

☐ nein ☐ ja

Wurden die Lehrgänge, Fernlehrgänge oder Kurse erfolgreich beendet?

☐ nein ☐ ja

2.6 Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?

Sprache und Beherrschungsgrad

☐ nein ☐ ja

3 Bisher ausgeübte Tätigkeiten

von - bis	Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung)	Aufgegeben wegen (zum Beispiel Krankheit oder Kündigung)

4 **Arbeitsplatzbeschreibung** (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird oder zuletzt verrichtet wurde)

Name und Anschrift des Arbeitgebers	beschäftigt seit	Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb

Art des Betriebes (zum Beispiel Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)

genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)

ausgeübt von - bis	beendet wegen

Arbeit suchend gemeldet?	bei welcher Agentur für Arbeit?
☐ nein ☐ ja, am	

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **4**

Arbeitslos gemeldet?	bei welcher Agentur für Arbeit?
☐ nein ☐ ja, am	

Wird eine Weiterbeschäftigung oder Wiederbeschäftigung beim derzeitigen oder letzten Arbeitgeber gewünscht?

☐ nein ☐ ja, gegebenenfalls Wünsche zur innerbetrieblichen Umsetzung:

Arbeitshaltung

	ständig	überwiegend	zeitweise
stehend	☐	☐	☐
gehend	☐	☐	☐
sitzend	☐	☐	☐
gebückt	☐	☐	☐
Arme über Brusthöhe	☐	☐	☐
kniend / hockend	☐	☐	☐
auf Gerüsten / Leitern	☐	☐	☐

Heben / Tragen

Art der Lasten:

Gewichte häufig bis kg gelegentlich bis kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

☐ nein ☐ ja, folgende

weitere Bemerkungen

Arbeitsorganisation

Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche

☐ Ganztagsarbeit
☐ Teilzeitarbeit
☐ andere Arbeitszeitmodelle

☐ regelmäßige Frühschicht / Spätschicht
☐ regelmäßige Dreischicht
☐ nur Nachtschicht
☐ starrer maschinengebundener Arbeitstakt
☐ Einzelakkord ☐ Gruppenakkord

Beschreibung

Äußere Einflüsse

☐ Kälte, Zugluft, Nässe
☐ Hitze
☐ starke Staubentwicklung
☐ Rauchentwicklung
☐ starker Lärm
☐ Lärmschutz muss getragen werden
☐ Erschütterungen / Vibrationen
☐ Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?
☐ hautreizende Stoffe, welche?
☐ atemwegsreizende Stoffe, welche?
☐ überwiegend im Freien
☐ überwiegend in Rohbauten
☐ überwiegend witterungsgeschützt

Berufliches Kraftfahren

☐ Pkw
☐ Lkw
☐ Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge
☐ Personenbeförderung
☐ Gefahrguttransport

Sonstiges

☐ Publikumsverkehr
☐ häufige Reisetätigkeit
☐ Auswärts-Montage
☐ Mitarbeiterführung
☐ erhöhte Unfallgefahr
☐ außerordentliche Konzentration erforderlich
☐ lange Anfahrtszeiten

_____ Minuten

☐ keine geregelten Pausen
☐ überwiegend Bildschirmarbeit
☐ besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)

G0130-00 DRV
V008 - AGDR 2/2015 - Stand: 01.06.2015

noch Ziffer **4**

Warum glauben Sie, die bisherige Arbeit nicht mehr verrichten zu können - gesundheitliche beziehungsweise andere Gründe -? Bitte Beschwerden angeben.

Mit welchen Leistungen könnte die Deutsche Rentenversicherung Ihnen nach Ihrer Meinung helfen?

5 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?

☐ nein ☐ ja

von - bis	wegen

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Bluthochdruck, Herzerkrankung, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?

☐ nein ☐ ja, Art der Gesundheitsstörung mit Zeitangabe:

Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?

☐ nein ☐ ja

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

6 Arztbehandlungen

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

Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

7 Begutachtungen

Sind Sie in den letzten 12 Monaten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von der Agentur für Arbeit oder von einer anderen Stelle begutachtet worden?

☐ nein ☐ ja, wann und von welcher Stelle?

8 Betriebsarzt / Personalarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

☐ nein ☐ ja, wegen

Ist ein Betriebsarzt / Personalarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Personalarztes

☐ nein ☐ ja _____

Ich bin damit einverstanden, dass sich der Rentenversicherungsträger mit dem Betriebsarzt / Personalarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

☐ nein ☐ ja

9 Bereits gestellte Anträge

Haben Sie aktuell einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem anderen Leistungsträger gestellt (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft)?

Name und Anschrift des Leistungsträgers

☐ nein ☐ ja _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

G0130-00 DRV
V008 - AGDR 2/2015 - Stand: 01.06.2015

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: Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle

G0134-00 DRV
V002 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015

noch Ziffer **2**

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

Kategorie	**Schutzfunktion**
☐ S4	Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
☐ S5	wie S4, zusätzlich: Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle

Notwendige Zusatzanforderungen nach DIN EN ISO 20345

Symbol	**Anforderung**
☐ P	Durchtrittsicherheit
☐ A	Antistatische Schuhe
☐ HI	Wärmeisolierung
☐ CI	Kälteisolierung
☐ E	Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
☐ WRU	Wasserdurchtritt und Wasseraufnahme
☐ 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

☐ weiter gebrauchsfähig.

☐ nicht weiter gebrauchsfähig.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen

G0134-00 DRV
V002 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015