

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |



MSAT / MSNR

| |
|--|
| |
|--|

Antrag auf Folgeversorgung oder Wechselversorgung für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

G0135

Hinweise: Diesen Antrag nur verwenden, wenn die bisherige Tätigkeit bei demselben Arbeitgeber ausgeübt wird. Der Antrag ist vor dem Kauf beziehungsweise vor der verbindlichen Bestellung zu stellen.

| | |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| | |

1 Beantragte Leistung

Bitte fügen Sie ein Angebot eines Orthopädienschuhmachers und eine fachärztliche Empfehlung mit Begründung bei.

Folgeversorgung (Verlust der Gebrauchsfähigkeit der bisherigen Versorgung)

Wechselversorgung (notwendige parallele Zweitversorgung)

Übernahme der Kosten für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

maßgefertigte Einlagen

Zurichtungen

semiorthopädische Schuhe / Modulschuhe

Maßschuhe

Arbeitsschuhe

2 Begründung

Folgeversorgung

medizinische Notwendigkeit (veränderte medizinische Situation)

Begründung: _____

irreparabler Verschleiß

Begründung: _____

Wechselversorgung

medizinische Notwendigkeit (zum Beispiel ausgeprägte Schweißbildung)

Begründung: _____

arbeitsplatzbezogene Gründe (zum Beispiel täglicher Feuchtigkeitseinfluss von außen)

Begründung: _____



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3 Ergänzende Angaben

Haben Sie bereits verbindlich bestellt oder gekauft?

nein

ja

Ich führe meine Tätigkeit unverändert fort:

nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

ja

Ich bin noch bei demselben Arbeitgeber beschäftigt:

nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

ja

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

4 Angaben des Arbeitgebers

Die Angaben der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers werden bestätigt.

Der Arbeitgeber beteiligt sich an den Kosten in Höhe von _____ EUR

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:

Angebot eines Orthopädienschuhmachers

fachärztliche Empfehlung mit Begründung

