Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben - Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind

G0133

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

Name, Vorname	Geburtsdatum

Hinweis: Der Antrag ist vor dem Kauf beziehungsweise vor der verbindlichen Bestellung zu stellen.

Haben Sie das Hilfsmittel beziehungsweise die technische Arbeitshilfe verbindlich bestellt oder bereits gekauft?

☐ nein ☐ ja

1 Beantragte Leistung

Orthopädische Ausstattung von Fußschutz / Arbeitsschuhen
Hinweis: Handelt es sich um einen Folgeantrag, bitte Formular G0135 verwenden!

☒ maßgefertigte Einlagen
☐ Maßschuhe
☐ Zurichtungen
☐ semiorthopädische Schuhe / Modulschuhe

bitte Ziffer 2 und 5 bis 10 ausfüllen!

☐ Mehrbedarf bei Hörhilfen

bitte Ziffer 3 beachten und Ziffern 5 bis 10 ausfüllen!

☐ Sonstige Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen

bitte Ziffer 4 beachten und Ziffern 5 bis 10 ausfüllen!

Art: _____

2 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz / für Arbeitsschuhe sind folgende Fragen zu beantworten:

Müssen Sie auch außerhalb des Arbeitsplatzes Schuhe mit orthopädischer Ausstattung tragen?

☐ nein ☒ ja

Wenn ja: Werden die Kosten dafür gegebenenfalls von Ihrer Krankenkasse, der Berufsgenossenschaft oder von anderen Kostenträgern übernommen?

Von welcher Stelle?

☐ nein ☐ ja _____

Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Hatten Sie schon einmal Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?

☐ nein ☐ ja

G0133-00 DRV
Version 05005 - FORHAQ 2/2025 - Stand 14.10.2025

noch Ziffer **2**

Haben Sie Gefühlsstörungen an den Füßen?

☐ nein ☐ ja

Sind bei Ihnen Durchblutungsstörungen der Beine bekannt?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Hatten Sie schon einmal Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?

☐ nein ☐ ja

Sind Sie schon einmal an den Füßen operiert worden?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, weshalb?

Diesem **Antrag** sind folgende Unterlagen beizufügen**:**

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers (Formular G0134)
- Befundbericht eines Orthopäden, Diabetologen oder Rheumatologen
- Angebot eines Orthopädieschuhmachers
  - Trittspur auf Blaupapier mit Fußmaßen oder Nachweis in einer vergleichbaren Bildgebung
  - bei Diabetesversorgungen oder orthopädischen Maßschuhen zusätzlich Foto der Füße und Befundbogen eines Orthopädieschuhmachers

3 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für einen Mehrbedarf bei Hörhilfen sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe (Vorderseite und Rückseite)
- Kostenvoranschlag und der Anpassbericht des Hörgeräteakustikers

4 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für sonstige Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Fachärztliche Empfehlung mit Begründung und konkreter Diagnose
- Kostenvoranschlag mit ausführlicher Funktionsbeschreibung

5 Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird)

Name und Anschrift des Arbeitgebers

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

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

Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet ☐ nein ☐ ja, bis _____

Das Beschäftigungsverhältnis ist gekündigt ☐ nein ☐ ja, zum _____

Handelt es sich um einen Telearbeitsplatz oder arbeiten Sie im Homeoffice? ☐ nein ☐ ja, ich arbeite an _____ Tagen in der Woche zuhause. Bitte die Vereinbarung im Arbeitsvertrag mitsenden.

G0133-00 DRV
Version 05005 - FORHAQ 2/2025 - Stand 14.10.2025

Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

noch Ziffer **5**

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

Arbeitsweise

☐ Außendienst zu _____ %

☐ Innendienst zu _____ %

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

☐ außerordentliche Konzentration erforderlich
☐ überwiegend Bildschirmarbeit
☐ besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)

6 Gesundheitliche Probleme

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

G0133-00 DRV
Version 05005 - FORHAQ 2/2025 - Stand 14.10.2025

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **6**

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

☐ nein ☐ ja

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit

7 Arztbehandlungen

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

Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

8 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?

9 Betriebsarzt / Werksarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

☐ nein ☐ ja, wegen _____

Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Werksarztes

☐ nein ☐ ja _____

Ich bin damit einverstanden, dass sich der Rentenversicherungsträger mit dem Betriebsarzt / Werksarzt 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

10 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, Integrationsamt)?

Name und Anschrift des Leistungsträgers — Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja _____

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

G0133-00 DRV
Version 05005 - FORHAQ 2/2025 - Stand 14.10.2025