

Wegweiser zur Bewilligung rückengerechter Bürodrehstühle und höhenverstellbarer Arbeitstische durch Träger der gesetzlichen Sozialversicherungen

### 1. Wer kann einen Antrag stellen?

- Liegt eine Wirbelsäulenerkrankung vor, kann man sich die Anschaffungskosten für einen orthopädischen Bürodrehstuhl oder einen höhenverstellbaren Tisch ganz oder teilweise erstatten lassen.
- Jeder Versicherte, bei dem die berufliche Rehabilitation und das notwendige Hilfsmittel zur Aufrechterhaltung und zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und des Arbeitsplatzes dient.

### 2. Wo stelle ich meinen Antrag?

- bei der Deutschen Rentenversicherung (nach 15 Jahren versicherungspflichtige Beschäftigung)
- beim technischen Berater des Arbeitsamtes (sollten 15 Jahre Rentenbeitragszahlung noch nicht erfüllt sein)

### 3. Was brauche ich zur Antragsstellung?

- Für die Antragstellung werden folgende Unterlagen benötigt:
  - o Antragsvordruck G100 und Anlagen G130 sowie G3143
  - o ein ärztliches Attest
  - o eine Arbeitsplatzgarantie
  - o einen Kostenvoranschlag für z. B. einen Drehstuhl oder höhenverstellbaren Tisch

Die Formulare sind diesem Schreiben beigelegt. Weitere Informationen und Vordrucke können unter [www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de) im Bereich Formulare/Rehabilitation heruntergeladen werden.

**Wichtig! Der Antrag muss vor der Anschaffung eines Hilfsmittels beim zuständigen Kostenträger gestellt werden.**

### 4. Welche Hilfsmittel werden im Rahmen einer beruflichen Rehabilitation bewilligt oder bezuschusst?

- Stehpulte und Stehtische, höhenverstellbare Tische
- Bürostühle
- Technische Arbeitshilfen

Das bewilligte Hilfsmittel geht in den Besitz des Arbeitnehmers über, d.h. bei einem Arbeitsplatzwechsel muss z. B. der Stuhl mitgenommen werden.

**Art & Office Bürodesign GmbH bietet eine große Auswahl orthopädischer Bürostühle und Tische und ist Ihnen bei der persönlichen Auswahl und der Erstellung eines kostenlosen Angebotes gerne behilflich!**

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 - SGB VI und Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX 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

<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 folgende SGB IX) <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 folgende SGB IX) <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlungen	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (§ 15 oder § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI)	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen!
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation - § 16 SGB VI in Verbindung mit § 33 folgende SGB IX)	Anlage (Formular G0130) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeughilfe (§ 33 Absatz 8 Nummer 1 SGB IX)	Anlagen (Formulare G0140, G0141 und G0142) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind (§ 33 Absatz 8 Nummer 4 und 5 SGB IX)	Anlagen (Formular G0133 und gegebenenfalls G0134 oder G0136) bitte beifügen!



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: <table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td style="border: none; padding: 0 5px;">Tag</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">Monat</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">Jahr</td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr
Tag	Monat	Jahr			
Geburtsdatum	Geschlecht				
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich				
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)					



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 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)

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner)	<input type="checkbox"/> 1 Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student)	<input type="checkbox"/> 2 ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)
<input type="checkbox"/> 3 angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)	<input type="checkbox"/> 4 Facharbeiter	<input type="checkbox"/> 5 Meister, Polier
<input type="checkbox"/> 6 Angestellter	<input type="checkbox"/> 7 Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechts	<input type="checkbox"/> 8 Selbständiger

### 5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)	<input type="checkbox"/> 1 Ganztagsarbeit <b>ohne</b> Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 2 Ganztagsarbeit <b>mit</b> Wechselschicht / Akkord
<input type="checkbox"/> 3 Ganztagsarbeit <b>mit</b> Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 4 Teilzeitarbeit, <b>weniger</b> als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 5 Teilzeitarbeit, <b>mindestens</b> die Hälfte der üblichen Arbeitszeit
<input type="checkbox"/> 6 ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann	<input type="checkbox"/> 7 arbeitslos gemeldet	<input type="checkbox"/> 8 Heimarbeit
<input type="checkbox"/> 9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen		

### 6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP)

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

0 nein       1 ja







Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

## 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?

Von welcher Stelle?

nein  ja

Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

nein  ja

**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?

Von welcher Stelle zuletzt?

nein  ja

Aktenzeichen

Tag  Monat  Jahr

vom

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
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> 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, Führungshund oder Assistenzhund)?

nein  ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:



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.

Mit der Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form 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 -.

<b>21.1</b> Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
<b>21.2</b> AUD-Beleg ist beigelegt	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
Datum	



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**

<input type="checkbox"/> Hauptschule / Polytechnische Oberschule (8 Klassen)	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Realschule (Mittelschule) / Polytechnische Oberschule (10 Klassen)	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Gymnasium / Erweiterte Oberschule	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Gesamtschule	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Sonstige Schule <small>Art der Schule</small>	Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Berufsschule / Berufsfachschule / Berufsaufbauschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachoberschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> Fachhochschule	Schuljahre oder Semester von - bis
<input type="checkbox"/> 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



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
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung?

Wurde die Umschulung erfolgreich beendet?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Wurden die Lehrgänge, Fernlehrgänge oder Kurse erfolgreich beendet?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---

**2.6 Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?**

Sprache und Beherrschungsgrad
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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**

**Heben / Tragen**

ständig      überwiegend      zeitweise

Art der Lasten:

stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kniend / hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Gerüsten / Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewichte häufig bis \_\_\_\_\_ kg gelegentlich bis \_\_\_\_\_ kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

nein  ja, folgende

weitere Bemerkungen

**Arbeitsorganisation**

**Äußere Einflüsse**

**Berufliches Kraftfahren**

Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Stunden / Woche

- Ganztagsarbeit
- Teilzeitarbeit
- andere Arbeitszeitmodelle

- 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

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

**Sonstiges**

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

- 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)



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_







Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR

Versicherter (Name, Vorname, gegebenenfalls Geburtsname)	Geburtsdatum

### Anlage zum Antrag auf Übernahme der Kosten für einen orthopädischen Bürostuhl

- Ich stehe in einem **unbefristeten** Beschäftigungsverhältnis.
- Ich stehe in einem **befristeten** Beschäftigungsverhältnis (zum Beispiel ABM, Zeitvertrag, oder Ähnliches).

Befristung bis \_\_\_\_\_

- Ich stehe in **keinem** Beschäftigungsverhältnis.
- Ich bin als Schwerbehinderter anerkannt.

Grad der Behinderung \_\_\_\_\_ %

- Ich bin einem Schwerbehinderten gleichgestellt.
- Datum der Anerkennung \_\_\_\_\_

#### Angaben über Ihre Arbeit, die Sie bei Antragstellung verrichtet haben

- ständig stehend                       gehend und stehend
- ständig sitzend                         im Wechsel von stehen / gehen / sitzen

#### Arbeitszeit

- Vollzeit                                       Teilzeit, täglich \_\_\_\_\_ Stunden / an \_\_\_\_\_ Tag(en) je Woche

#### Arbeitsweise

- Außendienst zu \_\_\_\_\_ %             Innendienst zu \_\_\_\_\_ %

Folgende spezielle Ausstattungsmerkmale soll der beantragte Bürostuhl haben:

---



---

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

