

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 Orthopädeschuhmachers 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 beigelegt:

Angebot eines Orthopädieschuhmachers

fachärztliche Empfehlung mit Begründung

\_\_\_\_\_

