

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
 Wechselversorgung

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

- maßgefertigte Einlagen
 Zurichtungen
 semiorthopädische Schuhe / Modulschuhe
 Maßschuhe

2 Begründung

kurze Beschreibung des Verschleißes

- irreparabler Verschleiß _____
 hygienische Anforderungen (ausgeprägte Schweißbildung)
 hygienische Anforderungen (täglicher Feuchtigkeitseinfluss von außen)



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

Wechsell Paar aus hygienischen Gründen erforderlich

