

# Erstversorgung Deutsche Rentenversicherung



Industriestraße 9a - 65549 Limburg

Telefon: 06431 6646

Telefax: 06431 2880449

[www.nestler-orthopaedie.de](http://www.nestler-orthopaedie.de)  
[ost@nestler-orthopaedie.de](mailto:ost@nestler-orthopaedie.de)

Anleitung zum Beantragen von Einlagen, Arbeitssicherheitsschuhen  
und/ -oder orthopädischen

Arbeitssicherheitsschuhen bei der Deutschen Rentenversicherung

## Informationen für Sie und Ihren Arbeitgeber

### Anleitung zur Beantragung von Arbeitsschuhen, Einlagen und/ -oder Schuhzurichtungen

Das Formulare **G0133** muss, soweit es für die zu erbringende Leistung relevant ist, ausgefüllt werden. Immer auszufüllen sind jedoch farbige markierten Felder. Dieser Antrag ist nur bei der Erstversorgung auszufüllen.

**(Auszufüllen durch Leistungsempfänger)**

### Notwendigkeitsbescheinigung

Die Notwendigkeitsbescheinigung **G0134** für das Tragen von Arbeitssicherheitsschuhen ist inklusive dem Kostenanteil des Arbeitgebers auszufüllen. **(Auszufüllen durch den Arbeitgeber)**

### Abrechnungsvollmacht

Die Abrechnungsvollmacht **G3655** muss vom Arbeitgeber unterschrieben werden, dass Sie bei Erhalt der Einlagen noch dort Beschäftigt sind. **(Zu unterschreiben durch Arbeitgeber)**

### Ärztlicher Befundbericht

**Formular G4160-12 und G0600**, Hier wird die Diagnose von Ihrem Arzt eingetragen, wünschenswert ist auch eine Eintragung von orthopädischen Funktionsstörungen sowie Vorerkrankungen. Diese Leistung wird dem Arzt vom Versicherungsträger vergütet.

**(Auszufüllen durch den Verordner)**

### Datenschutzerklärung

Die Datenschutzerklärung ermöglicht es uns die Unterlagen für Sie bei der Deutschen Rentenversicherung einzureichen.

**(Auszufüllen durch Leistungsempfänger)**

# Checkliste

- G0133** (Kostenübernahme für Hilfsmittel)
- G0134** (Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers)
- G3655** (Abrechnungsvollmacht)
- Formular 4160 und G0600** (Ärztlicher Befundbericht und Honorarabrechnung)
  
- Datenschutzerklärung**

**Bitte geben Sie die ausgefüllten Unterlagen bei uns wieder ab**

**Bitte denken Sie daran uns Ihre zuständige Rentenversicherung mitzuteilen, diese finden Sie auf dem Rentenbescheid ihrer Rentenversicherung.**

In folgenden zwei Muster als Beispiel, wo Sie die Anschrift der für sie zuständigen Rentenversicherung sowie die Versicherungsnummer finden.

<p>Versicherungsnummer: 65 070260 Z 999</p>	 <p>Deutsche Rentenversicherung Bund Abteilung Versicherung und Rente</p> <p>Ruhrstraße 2, 10709 Berlin Postanschrift: 10704 Berlin Telefon 030 885-0 Telefax 030 885-27240 Servicetelefon 0800 100048070 www.deutsche-rentenversicherung-bund.de drv@drv-bund.de Datum 15.01.2020</p>			
<p>Deutsche Rentenversicherung Bund - 10704 Berlin</p> <p>Frau Eva Musterfrau Ruhrstr. 2 10709 Berlin</p>				
<p><b>Ihre Renteninformation</b></p> <p>Sehr geehrte Frau Musterfrau,</p> <p>In dieser Renteninformation haben wir die für Sie vom 01.08.1977 bis zum 31.12.2019 gespeicherten Daten und das geltende Rentenrecht berücksichtigt. Ihre <b>Regelaltersrente</b> würde am <b>01.07.2026</b> beginnen. Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen und gesetzliche Änderungen können sich auf Ihre zu erwartende Rente auswirken. Bitte beachten Sie, dass von der Rente auch Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge sowie gegebenenfalls Steuern zu zahlen sind. Auf der Rückseite finden Sie zudem wichtige Erläuterungen und zusätzliche Informationen.</p> <p><b>Rente wegen voller Erwerbsminderung</b> Wären Sie heute wegen gesundheitlicher Einschränkungen voll erwerbsgemindert, bekämen Sie von uns eine monatliche Rente von:</p> <table border="1"><tr><td>675,61 EUR</td></tr></table> <p><b>Höhe Ihrer künftigen Regelaltersrente</b> Ihre bislang erreichte Rentenanwartschaft entspräche nach heutigem Stand einer monatlichen Rente von:</p> <table border="1"><tr><td>637,62 EUR</td></tr></table> <p>Sollten bis zum Rentenbeginn Beiträge wie im Durchschnitt der letzten fünf Kalenderjahre gezahlt werden, bekämen Sie ohne Berücksichtigung von Rentenanpassungen von uns eine monatliche Rente von:</p> <table border="1"><tr><td>1.016,30 EUR</td></tr></table> <p><b>Rentenanpassung</b> Aufgrund zukünftiger Rentenanpassungen kann die errechnete Rente in Höhe von 1.016,30 EUR tatsächlich höher ausfallen. Allerdings können auch wir die Entwicklung nicht vorhersehen. Deshalb haben wir - ohne Berücksichtigung des Kaufkraftverlustes - zwei mögliche Varianten für Sie gerechnet. Beträgt der jährliche Anpassungssatz 1 Prozent, so ergäbe sich eine monatliche Rente von etwa 1.150 EUR. Bei einem jährlichen Anpassungssatz von 2 Prozent ergäbe sich eine monatliche Rente von etwa 1.310 EUR.</p> <p><b>Zusätzlicher Vorsorgebedarf</b> Da die Renten im Vergleich zu den Löhnen künftig geringer steigen werden und sich somit die spätere Lücke zwischen Rente und Erwerbseinkommen vergrößert, wird eine zusätzliche Absicherung für das Alter wichtiger ("Versorgungslücke"). Bei der ergänzenden Altersvorsorge sollten Sie - wie bei Ihrer zu erwartenden Rente - den Kaufkraftverlust beachten.</p> <p>Mit freundlichen Grüßen Ihre Deutsche Rentenversicherung Bund</p> <p>Bitte nehmen Sie diesen Beleg zu Ihren Rentenunterlagen.</p>	675,61 EUR	637,62 EUR	1.016,30 EUR	
675,61 EUR				
637,62 EUR				
1.016,30 EUR				
<p>Deutsche Rentenversicherung Hessen Abteilung Versicherung und Rente Danziger Straße 2, 36098 Künzell</p>	 <p>Deutsche Rentenversicherung Hessen</p>			
<p>Deutsche Rentenversicherung Hessen Danziger Straße 2, 36093 Künzell</p> <p>Frau Eva Musterfrau Ruhrstr. 2 10709 Berlin</p>	<p>Versicherungsnummer 65 070260 Z 999 (bitte stets angeben)</p>			
<p><b>Ihre Renteninformation</b></p> <p>Sehr geehrte Frau Musterfrau,</p> <p>In dieser Renteninformation haben wir die für Sie vom 01.08.1977 bis zum 31.12.2019 gespeicherten Daten und das geltende Rentenrecht berücksichtigt. Ihre <b>Regelaltersrente</b> würde am <b>01.07.2026</b> beginnen. Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen und gesetzliche Änderungen können sich auf Ihre zu erwartende Rente auswirken. Bitte beachten Sie, dass von der Rente auch Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge sowie gegebenenfalls Steuern zu zahlen sind. Auf der Rückseite finden Sie zudem wichtige Erläuterungen und zusätzliche Informationen.</p> <p><b>Rente wegen voller Erwerbsminderung</b> Wären Sie heute wegen gesundheitlicher Einschränkungen voll erwerbsgemindert, bekämen Sie von uns eine monatliche Rente von:</p> <table border="1"><tr><td>675,61 EUR</td></tr></table> <p><b>Höhe Ihrer künftigen Regelaltersrente</b> Ihre bislang erreichte Rentenanwartschaft entspräche nach heutigem Stand einer monatlichen Rente von:</p> <table border="1"><tr><td>637,62 EUR</td></tr></table> <p>Sollten bis zum Rentenbeginn Beiträge wie im Durchschnitt der letzten fünf Kalenderjahre gezahlt werden, bekämen Sie ohne Berücksichtigung von Rentenanpassungen von uns eine monatliche Rente von:</p> <table border="1"><tr><td>1.016,30 EUR</td></tr></table> <p><b>Rentenanpassung</b> Aufgrund zukünftiger Rentenanpassungen kann die errechnete Rente in Höhe von 1.016,30 EUR tatsächlich höher ausfallen. Allerdings können auch wir die Entwicklung nicht vorhersehen. Deshalb haben wir - ohne Berücksichtigung des Kaufkraftverlustes - zwei mögliche Varianten für Sie gerechnet. Beträgt der jährliche Anpassungssatz 1 Prozent, so ergäbe sich eine monatliche Rente von etwa 1.150 EUR. Bei einem jährlichen Anpassungssatz von 2 Prozent ergäbe sich eine monatliche Rente von etwa 1.310 EUR.</p> <p><b>Zusätzlicher Vorsorgebedarf</b> Da die Renten im Vergleich zu den Löhnen künftig geringer steigen werden und sich somit die spätere Lücke zwischen Rente und Erwerbseinkommen vergrößert, wird eine zusätzliche Absicherung für das Alter wichtiger ("Versorgungslücke"). Bei der ergänzenden Altersvorsorge sollten Sie - wie bei Ihrer zu erwartenden Rente - den Kaufkraftverlust beachten.</p> <p>Mit freundlichen Grüßen Ihre Deutsche Rentenversicherung Bund</p> <p>Bitte nehmen Sie diesen Beleg zu Ihren Rentenunterlagen.</p>	675,61 EUR	637,62 EUR	1.016,30 EUR	
675,61 EUR				
637,62 EUR				
1.016,30 EUR				

## Wichtige Angaben für die Kostenübernahme durch den Leistungsträger

Bitte teilen Sie uns und Ihrem Arzt den für sie zuständigen Rentenversicherungsträger sowie Ihre Rentenversicherungsnummer mit.

Sitz des Rentenversicherungsträgers:

---

Rentenversicherungsnummer:

---

Um uns an die Herstellungsrichtlinien halten zu können benötigen wir den Hersteller und den Modellnamen bzw. die Artikelnummer Ihrer Arbeitssicherheitsschuhe.

Schuhhersteller:

---

Schuhmodell und Artikelnummer:

---

Schuhhersteller:

---

Schuhmodell und Artikelnummer:

---

Bei Vollständigkeit der Formulare werden diese zur Kostenübernahme von uns an den zuständigen Kostenträger geschickt.

Bei Fragen und Hilfestellungen zum Ausfüllen der Anträge wenden sie sich an die Service-Hotline der Deutschen Rentenversicherung  
(Tel. 0800-100048012)







Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 5

### Arbeitshaltung

	ständig	überwiegend	zeitweise
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"/>

### 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?



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	Merkmale	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





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT/ MSNR

noch Ziffer 2

**Klassifizierung II** Schuhe vollständig geformt oder vulkanisiert (Gummistiefel, Polymerstiefel für den Nassbereich)

**Kategorie**                      **Schutzfunktion**

S4                      Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich

S5                      wie S4, zusätzlich: Durchtrittssicherheit, profilierte Laufsohle

**Notwendige Zusatzanforderungen nach DIN EN ISO 20345**

**Symbol**                      **Anforderung**

P                      Durchtrittssicherheit

A                      Antistatische Schuhe

HI                      Wärmeisolierung

CI                      Kälteisolierung

E                      Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich

WRU                      Wasserdurchtritt und Wasseraufnahme

HRO                      Verhalten gegenüber Kontaktwärme

**3    Kosten für Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) / Arbeitsschuhe**

Die Kosten für ein Paar Sicherheitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung in der oben genannten Ausführung betragen

\_\_\_\_\_ EUR einschließlich Mehrwertsteuer.

Die Kosten für ein Paar Arbeitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung betragen

\_\_\_\_\_ EUR einschließlich Mehrwertsteuer.

**4    Nur bei Folgeanträgen (Ersatzbeschaffungen) angeben:**

Die von der Versicherten / dem Versicherten bisher genutzten Sicherheitsschuhe oder Arbeitsschuhe sind

weiter gebrauchsfähig.

nicht weiter gebrauchsfähig.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

### Anlage zum Bescheid

Kostenübernahme für

### Erklärung der Versicherten / des Versicherten

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten
Personalnummer

Hiermit bestätige ich, dass folgende Arbeitshilfe / Einrichtung ausgeliefert und von mir in einwandfreiem Zustand übernommen wurde:

Arbeitshilfe / Einrichtung	
Name der Firma	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
Datum	
Kostenvoranschlag vom _____	
Datum	
Empfangsbestätigung vom _____	

Ich bitte um Erstattung des im Bescheid genannten Betrages

auf mein Bankkonto (Zahlungsnachweis und Originalrechnung beifügen)

IBAN (International Bank Account Number)
DE _____
Geldinstitut (Name, Ort)
Kontoinhaberin / Kontoinhaber

an die Lieferfirma       an meinen Arbeitgeber

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift





## Datenschutzerklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

um Ihren Antrag auf orthopädische Einlagen und/ oder Sicherheitsschuhe bei Ihrem Versicherungsträger zur Genehmigung einzureichen und diesen nach Lieferung abzurechnen, benötigen wir alle dazugehörigen Unterlagen. Die betroffenen Unterlagen werden durch uns archiviert und nur an den Versicherungsträger weitergeleitet.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zu diesem Zweck meine persönlichen Daten durch die Firma Nestler Orthopädie an den entsprechenden Versicherungsträger weitergeleitet werden.

---

Name, Vorname

---

Unterschrift







## Ärztlicher Befundbericht für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

Bei erstmaligem Antrag bitte dem Facharzt für Orthopädie vorlegen!

Versicherungsnummer

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht wird eine Gebühr von 33,47 EUR (inklusive Schreibgebühr, Fotokopien und Porto) erstattet.

### Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname bitte unterstreichen)		Geburtsname	
Geburtsdatum		Geschlecht			
		<input type="checkbox"/> männlich		<input type="checkbox"/> weiblich	
Straße, Hausnummer					
Postleitzahl		Wohnort			
Beruf (Bitte genaue <b>Arbeitsplatzbeschreibung</b> beifügen!)					
Maßangaben					
Gewicht		_____ kg		Größe _____ cm	

### Beschwerden und Funktionseinschränkungen aktuell

Diagnosen:

Beschreiben Sie bitte ausführlich die bestehenden Funktionseinschränkungen und / oder Schmerzsymptomatik.  
Bitte Befunde beifügen

Durch welche Versorgung können diese gebessert werden?

Falls vorhanden, bitte Unterlagen zur bisherigen Diagnostik (z. B. Bilder, Pedographie, Ganganalyse usw.) beifügen.

bitte wenden

