

# Fragebogen Kostenübernahme für orthopädischen Fußschutz

(n. BG-Regel BGR 191 Stand Januar 2007)



Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Dat: \_\_\_\_\_

Kosten müssen nicht vom Unternehmer allein getragen werden.  
 Kosten werden von den Trägern der beruflichen Rehabilitation übernommen.  
 Arbeitgeber trägt in der Regel den Anteil für normale Sicherheitsschuhe.  
 Wiederbeschaffungszeitraum nicht festgelegt - Leistungen werden nach Bedarf erbracht.

## Ermittlung des zuständigen Kostenträgers

Nr.	Sachverhalt	Ja	Nein	Kostenträger	Notwend. Unterlagen
1.	Fußschädigung ist Folge eines Arbeits- oder Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BG oder Unfallversicherung	Unfall-Nr/ Aktenzeichen
2.	Verletzungen aufgrund von Militär-oder Zivildienst, Krieg oder Kriegsgefangenschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Landesversorgungsämter	Aktenzeichen
	Es besteht kein Anspruch nach Ziffer 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	Erwerbstätigkeit wegen körperlicher Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Rentenversicherung	Rentenversicherungsnummer
	Kann durch orth. Fußschutz die Minderung der Erwerbsfähigkeit gebessert oder abgewendet werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Kann durch orth. Fußschutz der Eintritt von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit abgewendet werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Die Wartezeit (15 Jahre Beiträge zur ges. Rentenversicherung entrichtet) ist erfüllt oder wird eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Es besteht kein Anspruch nach Ziffer 1 und 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.	Angeborene o. erworbene Fußbehinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bundesagentur für Arbeit (am Wohnort)	Wohnort: _____
	Es besteht kein Anspruch nach Ziffer 1 bis 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.	Anerkennung als Schwerbehinderter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Integrationsamt	
	Angeborene oder erworbene Fußbehinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Es besteht kein Anspruch nach Ziffer 1 bis 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.	Angeborene oder erworbene dauernde Fußbehinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sozialamt oder Bezirk	
	Es besteht kein Anspruch nach Ziffer 1 bis 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7.	Fußbehinderung durch Haftpflichtfälle etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haftpflichtversicherung, gegner. Versicherung	

Name d. Ausfüllenden: \_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_