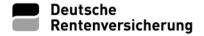
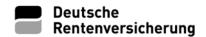
## Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Eichendorffstraße 4-6, 67346 Speyer Postanschrift: 67340 Speyer Telefon 06232 17-0, Telefax 06232 17-2589 Servicetelefon 0800 100048 016 service@drv-rlp.de www.deutsche-rentenversicherung-rlp.de



Versicherungsnummer	
Name, Vorname	
Notwendigkeitsbescheinigung	
zum Tragen von orthopädischem Fußschutz	
Frau / Herr wohnhaft ist in unserem Betrieb für mindestens 6 Monate beschäftigt. Aufgrund	
· ·	
der Unfallverhütungsvorschriftenvom	
ist die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer verpflichtet, an ihrem / seinem Arbeitsplatz / im Betrieb	
☐ Sicherheitsschuhe ( <b>Kurzbezeichnung S</b> , Schuhe mit Zehenkappen für <b>hohe Belastungen</b> bis 200 Joule),	
☐ Schutzschuhe (Kurzbezeichnung P, Schuhe mit Zehenkappe für mittlere Belastungen bis 100 Joule) oder	
☐ Berufsschuhe ( <b>Kurzbezeichnung O</b> , Schuhe mit mindestens einem schützenden Bestandteil, ohne Zehenkapp	
zu tragen (Bitte Nachweise beifügen!). Aufgrund dieser Vorschrift sind Arbeitssicherheitsschuhe in folgender Ausfü	ihrung
notwendig:	
Zutreffendes bitte ankreuzen	
Klassifizierung I: Schuhe aus Leder oder anderen Materialien,	
Klassifizierung II: Schuhe vollständig geformt oder vulkanisiert (Gummistiefel, Polymerstiefel	
- z. B. aus Polyurethan (PUR) - für den Nassbereich)  Kategorie Schutzfunktion	
SB / PB / OB Klasse I	
SB / PB / OB Klasse II	
S1 / P1 / O1 Klasse I geschlossener Fersenbereich, Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich	
S2 / P2 / O2 Klasse I wie 1, zusätzlich Wasserdurchtritt, Wasseraufnahme	
S3 / P3 / O3 Klasse I wie 2, zusätzlich Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle	
S4 / P4 / O4 Klasse II wie 3, zusätzlich Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich	
S5 / P5 / O5 Klasse II wie 4, zusätzlich Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle	
Weitere notwendige Zusatzanforderungen: (Begründung erforderlich)	
Begründung:	
Anmerkungen: Für die Benutzung von orthopädischem Fußschutz weisen wir auf die Regel Nr. 191 der Deutschen Ges	
Unfallversicherung (BGR 191) hin. Insbesondere ist im Zusammenhang mit der vom Arbeitgeber gesetzlich vorgeschrieb "Gefährdungsermittlung und Beurteilung der Arbeitsbedingungen" eine Risikobeurteilung vorzunehmen. Der orthopädisch	
schutz muss mit CE-Kennzeichnung versehen sein. Nach der gesetzlichen Unfallverhütungsvorschrift "Grundsätze der P	räventi-
on" hat der Arbeitgeber (Unternehmer) dem Versicherten für den vorgesehenen Einsatzzweck geeigneten Fußschutz als	persön-
liche Schutzausrüstung in ausreichender Anzahl zur persönlichen Verwendung zur Verfügung zu stellen. Diese Schuhe r bereits den <b>ergonomischen Anforderungen</b> und den <b>gesundheitlichen Erfordernissen</b> des Arbeitnehmers entsprech	
Kosten für die Bereitstellung darf der Arbeitgeber den Versicherten nach § 2 der Unfallverhütungsvorschrift "Grundsätze	der
Prävention" nicht auferlegen. Gleiches gilt für die Reparatur und Instandsetzung des Fußschutzes.	
Zuschuss des Arbeitgebers an den Kosten für orthopädischen Fußschutz:	
Ich bin bereit, einen Zuschuss in Höhe von EUR zu leisten.	
Datum Unterschrift des Arbeitgebers / Sicherheitsbeauftragten, Firmenste	mpel

Datum



## Angaben der Versicherten / des Versicherten

**Aktuelle Beschwerden und Funktionseinschränkungen** (gegebenenfalls zusammen mit Ihrem Orthopäden, Chirurgen, Werks- oder Betriebsarzt ausfüllen)

Beschreiben Sie bitte ausführlich die bestehenden Funktionseinschränkungen und / oder die Schmerzsymptomatik:		
Wurde bereits früher orthopädischer Fußschutz beziehungsweise Einlagen verordnet?	ja	nein
Wenn ja, wann	Ш	
	ja	nein
Müssen Sie auch privat Schuhe mit orthopädischer Ausstattung oder Einlagen tragen?		
Welche Besonderheiten beziehungsweise Veränderungen am Sicherheitsschuh, Schutzschuh oder Berufsschuh sind notwendig?  antistatische Einlagen Verkürzungsausgleich Ballenpolster Schmet	tterlingsrol	le
Ist bei Ihnen aufgrund einer Fußfehlform oder Funktionseinschränkung im Bereich der Füße eine Behinderung festgestellt worden? Bitte Nachweise beifügen.	ja	nein
Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt und haben Sie aufgrund dieser Erkrankung Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?	ja □	nein
Sind bei Ihnen Durchblutungsstörungen der Beine bekannt und hatten Sie dadurch schon einmal Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?	ja	nein
Bitte fügen Sie aktuelle Befunde bei!		
Befundbericht des behandelnden Orthopäden oder Chirurgen		
Unterlagen zur bisherigen Diagnostik wie Bilder, Pedographie / Podogramm, Trittspur auf oder Ganganalyse, Knöchel- und Gelenkmaße (Fußmaße)	Blaupapie	er
☐ Kostenvoranschlag		

Unterschrift Versicherte / Versicherter