

# Erst und/ -oder Nachlieferung bei Landeswohlfahrtsverband

Anleitung zum Beantragen von Einlagen oder orthopädischen Arbeitssicherheitsschuhen bei dem Landeswohlfahrtsverband

## **Informationen für Sie und Ihren Arbeitgeber**

### **Arbeitsschuhen, Einlagen und/ -oder Schuhzurichtungen**

(Baumustergeprüft nach DGUV 112-191)

Diese werden von dem Kostenträger in den meisten Fällen komplett getragen.

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

#### **Rezept**

**Verordnung vom Arzt,** 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)**

#### **Notwendigkeitsbescheinigung**

Die Notwendigkeitsbescheinigung für das Tragen von Arbeitssicherheitsschuhen ist vom Arbeitgeber bzw. der Arbeitsstelle auszufüllen.

**(Auszufüllen durch den Arbeitgeber)**

#### **Datenschutz und Abrechnungsvollmacht**

Die Datenschutz und Abrechnungsvollmacht ermöglicht uns direkt mit dem Landeswohlfahrtsverband abzurechnen.

**(Auszufüllen durch Leistungsempfänger)**

Um einen **Kostenvoranschlag** an den Landeswohlfahrtsverband zu schicken, benötigen wir von Ihnen die Adresse der für sie zuständigen Stelle. Gerne nehmen wir mit ihrer Einverständnis auch Kontakt zu ihrer Arbeitsgruppe auf, hierzu benötigen wir die Telefonnummer einer zuständigen Person.

# Erst und/ -oder Nachlieferung bei Landeswohlfahrtsverband

## Checkliste

- ☐ Rezept vom Arzt
- ☐ Notwendigkeitsbescheinigung
- ☐ Bitte geben Sie die ausgefüllten Unterlagen bei uns wieder ab

# Notwendigkeitsbescheinigung zum Tragen von Arbeitsschuhen

|            |  |
|------------|--|
| Firma:     |  |
| Abteilung: |  |
| Straße:    |  |
| PLZ, Ort   |  |

Hiermit bestätigen wir, dass unser/ e Mitarbeiter/ in:

|                |  |
|----------------|--|
| Name, Vorname: |  |
| Geburtsdatum:  |  |
| Straße:        |  |
| PLZ, Ort       |  |

Schuhe mit folgender Sicherheitsanforderung tragen müssen:

| S1 | S1 P | S2 | S3 | ESD |
|----|------|----|----|-----|
|    |      |    |    |     |

Die orthopädische Einlagen/ Zurichtung ist für folgende Arbeitsschuhe:

|                |  |
|----------------|--|
| Hersteller:    |  |
| Modell:        |  |
| Artikelnummer: |  |

Folgende orthopädische Versorgung wird benötigt:

|                                                  |  |
|--------------------------------------------------|--|
| antistatische Einlagen:                          |  |
| orthopädische Schuhzurichtung an Arbeitsschuhen: |  |
| orthopädische Arbeitsschuhe:                     |  |

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Stempel

Zuständige Stelle der Lebenshilfe:

|             |  |
|-------------|--|
| Name:       |  |
| Straße, Nr: |  |
| PZL, Ort:   |  |