

Antrag auf Folgeversorgung für Arbeitssicherheitsschuhe

Name, Vorname

Geb. Datum

Rentenvers. - Nr.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich

eine Folgeversorgung

eine Wechselversorgung

für ein Paar

individuelle semiorthopädische Sicherheitsschuhe in Sonderanfertigung

mit Diabetikerfutter

Orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe nach Maß

S1

S2

S3

S4

S5 Gummi/PU-Stiefel

Halbschuh

Stiefel, niedrig

Stiefel

Besondere Anforderungen: _____

Die Wechsel - / Folgeversorgung ist erforderlich weil

Oberleder durch mechanischen Einfluss verschlissen

Sohle u. Absatz irreparabel verschlissen

Aufgrund hygienischen Anforderungen (ausgeprägte Schweißbildung)

Aufgrund hygienischen Anforderungen (tägliche Feuchtigkeitseinflüsse von außen)

Statusveränderung Sicherheitsanforderung, siehe Anforderungen

Statusveränderung medizinischer Befund, siehe Rezept

Meine bisherige Arbeitssituation hat sich **nicht** geändert.

Mit freundlichen Grüßen
