

# 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

**Semiorthopädischer Sicherheitsschuh, inkl. Einlage**

**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

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift