

Nur für die Beantragung von
Hörgeräten zu verwenden.

Arbeitsplatzbeschreibung

(vom Arbeitgeber oder Betriebsarzt und von der Versicherten / vom Versicherten auszufüllen)

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)		VSNR	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		
Postleitzahl	Wohnort			

Sie haben uns um die Übernahme der **Kosten für eine Hörhilfe** gebeten. Um über den Antrag entscheiden zu können, benötigen wir eine ausführliche Arbeitsplatzbeschreibung sowie Angaben über Ihren beruflichen Werdegang. Wir bitten Sie deshalb, folgende Fragen gemeinsam mit Ihrem Betriebsarzt bzw. Arbeitgeber zu beantworten.

1. Welche Erwerbstätigkeit üben Sie derzeit aus (bitte genaue Beschreibung)?

Bitte beschreiben Sie kurz Ihren Arbeitsplatz:

Wesentliche auszuübende Tätigkeiten:	
Wahrnehmung sicherheitsrelevanter akustischer Signale; Art, Dauer, Lautstärke des Signals:	
Äußere akustische Einflüsse (insbesondere Lärm, Geräusche); Art, Dauer, Lautstärke der Geräusche:	
Ist eine Kommunikation am Arbeitsplatz erforderlich? Wie groß ist die Entfernung zum Gesprächspartner? Benutzen Sie besondere Kommunikationsmittel wie Telefon etc.?	
Benutzung von Fahrzeugen (KfZ; Gabelstapler etc.), die zu einer erhöhten Geräuschkulisse führen:	
Bedienen von Maschinen, die zu einer erhöhten Geräuschkulisse führen:	
Tragen Sie am Arbeitsplatz einen Gehörschutz?	
Belastungen am Arbeitsplatz, erschwerte Arbeitsbedingungen wie Staub, Feuchtigkeit, Temperaturschwankungen:	

2. Seit wann üben Sie diese Tätigkeiten aus? Wird diese Tätigkeit mindestens noch in den nächsten 6 Monaten ausgeübt?

3. Welche Tätigkeiten an Ihrem Arbeitsplatz stellen besondere Anforderungen an Ihr Hörvermögen? Geben Sie jeweils den zeitlichen Umfang an.

4. Beschreiben Sie evtl. bestehende Verletzungsrisiken und Gefahrenrisiken an Ihrem Arbeitsplatz.		
5. Sind Sie aufgrund der bestehenden Hörminderung immer auf das Tragen einer Hörhilfe angewiesen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
6. Sind Sie derzeit mit einem Hörgerät versorgt (Erstversorgung)? (Bitte geben Sie die Bezeichnung des Gerätes an) Bezeichnung:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
7. Falls Sie bereits ein Hörgerät besitzen, erläutern Sie bitte, warum Sie bei Ihrer derzeitigen Tätigkeit ein qualitativ höherwertiges Gerät benötigen!		
8. Benötigen Sie das höherwertige Hörgerät auch im privaten Bereich?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
9. Haben Sie einen Antrag auf Übernahme der Kosten für die höherwertige Hörgeräteversorgung bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse gestellt? Falls nein, bitte Grund angeben:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
10. Bestehen aufgrund der Hörbehinderung innerbetriebliche Umsetzungsmöglichkeiten auf einen anderen Arbeitsplatz?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
11. Erhalten Sie aufgrund der Hörbehinderung Leistungen von anderen Sozialleistungsträgern? Wenn ja, von wem? Welche?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
12. Wer steht bei Rückfragen von Seiten Ihres Arbeitgebers als Ansprechpartner zur Verfügung? Geben Sie Name und Telefonnummer an.		
13. Ergänzende Beschreibungen und Hinweise für den Rentenversicherungsträger:		

Datum, Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Datum, Unterschrift des Betriebsarztes bzw. Arbeitgebers