

Versicherungsnummer									
Name, Vorname						Geburtsdatum (kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)			
Straße und Hausnummer						Postleitzahl, Wohnort			

Deutsche Rentenversicherung
Westfalen
Abteilung für Rehabilitation
48125 Münster

**Nur für die Beantragung
von Hörhilfen zu verwenden.**

Arbeitsplatzbeschreibung

(von der Arbeitgeberin / dem Arbeitgeber oder der Betriebsärztin / dem Betriebsarzt
und von der Versicherten / dem Versicherten auszufüllen)

Sie haben uns um die Übernahme der **Kosten für eine Hörhilfe** gebeten. Um über den Antrag entscheiden zu können, benötigen wir eine ausführliche Arbeitsplatzbeschreibung. Wir bitten Sie deshalb, folgende Fragen gemeinsam mit Ihrer Betriebsärztin / Ihrem Betriebsarzt oder Ihrer Arbeitgeberin / Ihrem Arbeitgeber zu beantworten.

1. Welche Erwerbstätigkeit üben Sie derzeit aus? (bitte genaue Bezeichnung)	
Bitte beschreiben Sie kurz Ihren Arbeitsplatz: ↓ Wesentliche auszuübende Tätigkeiten:	
Wahrnehmung sicherheitsrelevanter akustischer Signale:	Art und Dauer des Signals: Richtung, aus der das Signal kommt: <input type="checkbox"/> vorne <input type="checkbox"/> hinten <input type="checkbox"/> seitlich Lautstärke des Signals: ___ dB SPL oder <input type="checkbox"/> leise <input type="checkbox"/> mittellaut <input type="checkbox"/> laut
Äußere Einflüsse (insbesondere Lärm, Geräusche):	Art und Dauer des Störgeräuschs: Richtung, aus der das Störgeräusch kommt: <input type="checkbox"/> vorne <input type="checkbox"/> hinten <input type="checkbox"/> seitlich Lautstärke des Störgeräuschs: ___ dB SPL oder <input type="checkbox"/> leise <input type="checkbox"/> mittellaut <input type="checkbox"/> laut
Handelt es sich um einen ausgewiesenen Lärm Arbeitsplatz entsprechend der Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen.
Falls eine Kommunikation am Arbeitsplatz notwendig ist:	Wie groß ist die Entfernung zum Gesprächspartner? _____ Ist die Benutzung von Telefonen erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja: <input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> mobil
Wie sind die hygienischen Bedingungen am Arbeitsplatz (Staub, Feuchtigkeit, Temperatur, etc.)?	
Benutzung von Fahrzeugen (Kfz, Gabelstapler etc.):	
Bedienen von Maschinen:	
Belastungen am Arbeitsplatz, erschwerte Arbeitsbedingungen:	
Ergänzende Beschreibungen und besondere Hinweise für den Rentenversicherungsträger:	

2. Seit wann üben Sie diese Tätigkeiten aus?	
3. Wird diese Tätigkeit mindestens noch in den nächsten 6 Monaten ausgeübt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Welche Tätigkeiten an Ihrem Arbeitsplatz stellen besondere Anforderungen an Ihr Hörvermögen? Geben Sie jeweils den zeitlichen Umfang an (ggf. Beiblatt benutzen).	
Tragen Sie am Arbeitsplatz einen Gehörschutz? <input type="checkbox"/> Ohrstöpsel / individueller Gehörschutz <input type="checkbox"/> Kapselgehörschutz	
5. Sind Sie derzeit mit Hörgeräten versorgt? (geben Sie ggf. die Bezeichnung des Gerätes / der Geräte an)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Falls ja, seit wann sind Sie versorgt? _____	
Es handelt sich um <input type="checkbox"/> Im-Ohr-Geräte <input type="checkbox"/> Hinter-dem-Ohr-Geräte	
Tragen Sie das Hörgerät täglich bei Ihrer Arbeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Tragen Sie das Hörgerät täglich im Alltag? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
6. Falls Sie bereits ein Hörgerät besitzen, erläutern Sie bitte, warum es für Ihre Tätigkeiten am Arbeitsplatz nicht mehr ausreicht und ein qualitativ höherwertiges Gerät erforderlich ist!	
7. Erwarten Sie, dass Ihnen ein höherwertiges Hörgerät auch im Alltag/Privatleben von Nutzen ist? Erläutern Sie bitte, warum Ihr jetziges Hörgerät für Ihr Privatleben nicht mehr ausreicht und ein qualitativ höherwertiges Gerät erforderlich ist!	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8. Beschreiben Sie evtl. bestehende Verletzungsrisiken und Gefahrenrisiken an Ihrem Arbeitsplatz.	
9. Wurden Sie aufgrund Ihrer Hörbehinderung schon einmal umgeschult? Wenn ja, wann und bei welchem Bildungsträger?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
10. Bestehen aufgrund der Hörbehinderung innerbetriebliche Umsetzungsmöglichkeiten auf einen anderen Arbeitsplatz?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
11. Erhalten Sie aufgrund der Hörbehinderung Leistungen von anderen Sozialleistungsträgern? Wenn ja, von wem? Welche?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
12. Wer steht bei Rückfragen von Seiten Ihrer Arbeitgeberin / Ihres Arbeitgebers als Ansprechpartner zur Verfügung? Geben Sie Name und Telefonnummer an.	

Datum, Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Datum und Unterschrift der Betriebsärztin / des Betriebsarztes
oder der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers