

präQ Gesellschaft zur Präqualifizierung mbH
Wallstraße 1, 55122 Mainz
Telefon: 06131 58 888 0; Telefax: 06131 58 888 29
E-Mail: info@praeq.de

Präqualifizierungsantrag
für die Versorgungsbereiche 13A und 16B Hörakustiker-Meister
nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes
gemäß § 126 Abs. 1 SGB V

Hinweis: Aus Gründen der Verständlichkeit erfolgen Personenbezeichnungen nur in der männlichen Person; dies schließt die weibliche Form ein.

- Präqualifizierung/Eröffnung einer neuen Betriebsstätte (ggf. Öffnungstermin _____)
- Re-Präqualifizierung

1. Präqualifizierungsantrag/Re-Präqualifizierungsantrag

Ansprechpartner/in für die Präqualifizierung

| | |
|--------------------|--|
| Vor- und Nachname: | |
| Telefon: | |
| Telefax: | |
| E-Mail: | |

Anschrift der Betriebsstätte, für welche die Präqualifizierung beantragt wird

| | | |
|--|--------------------|--|
| Name des Betriebes: | | |
| Anschrift des Betriebes: | Straße, Hausnummer | |
| | PLZ, Ort | |
| Telefon: | | |
| Telefax: | | |
| E-Mail: | | |
| Institutionskennzeichen ¹ : | | |
| Betriebsinhaber/in: | | |

¹ Sollten Sie zwei IK-Nummern haben, geben Sie diese bitte beide an.

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Betrieb ist bereits präqualifiziert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

Angaben zur Rechtsform des Betriebs

| | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelunternehmung | |
| <input type="checkbox"/> Personengesellschaft: | Gesellschaftsform (z. B. GbR) |
| <input type="checkbox"/> juristische Person: | Gesellschaftsform (z. B. GmbH) |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | bitte genau bezeichnen |

Angaben zum Hauptbetrieb

| | |
|-------------------------------|--------------------|
| Firmenname des Hauptbetriebs: | |
| Anschrift des Betriebes: | Straße, Hausnummer |
| | PLZ, Ort |
| Institutionskennzeichen: | |

Die Präqualifizierung wird für folgende Hilfsmittel beantragt

| Versorgungsbereich | Beschreibung |
|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> VB 13A | Hörhilfen |
| <input type="checkbox"/> VB 16B | Signalanlagen für Gehörlose |

In die Handwerksrolle eingetragene fachliche Leitung

| | |
|--|--|
| Name | Vorname, Geburtsdatum |
| Qualifikation der fachlichen Leitung: | <input type="checkbox"/> Hörakustiker-Meister/in <input type="checkbox"/> Andere Qualifikation: |
| Präsenz der fachlichen Leitung: | |
| <input type="checkbox"/> Die dauerhafte Präsenz der fachlichen Leitung ist entsprechend des geltenden Handwerksrechts gewährleistet. | |

2. Allgemeine Voraussetzungen

| Voraussetzungen | Nachweise und Eigenerklärungen | Erfüllung/Nachweise beigefügt |
|--|--|---|
| Die Anforderungen an die fachliche Leitung sind erfüllt. | Handwerksrolleneintrag bzw. Berufsurkunde über die Meisterqualifikation. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Die berufsrechtlichen Voraussetzungen werden erfüllt. | Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes: Handwerksrolle | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Es besteht eine Betriebshaftpflichtversicherung, die mindestens Personen-, Sach- und Vermögensschäden abdeckt. | Kopie einer aktuellen Versicherungsbestätigung (Betriebshaftpflicht, die ausdrücklich Personen-, Sach- und Vermögensschäden auflistet, den Risikort sowie den Verwendungszweck nennt und nicht älter als 12 Monate ist) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Es besteht Insolvenzfreiheit. | Eigenerklärung: Ich/Wir erkläre/n, dass die Betriebsstätte <u>nicht insolvent</u> ist, d. h., dass kein Insolvenzverfahren oder vergleichbares gesetzlich geregeltes Verfahren eröffnet oder die Eröffnung beantragt worden ist oder der Antrag mangels Masse abgelehnt wurde oder ein Insolvenzplan rechtskräftig bestätigt wurde. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Steuern und Sozialversicherungsbeiträge werden fristgerecht abgeführt. | Eigenerklärung: Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir meine/unsere Verpflichtung zur Zahlung von Steuern und Abgaben sowie der Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung, soweit sie der Pflicht zur Beitragszahlung unterliegen, ordnungsgemäß erfüllt habe/n. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Die gewerberechtlichen Voraussetzungen werden erfüllt. | Bei Gewerbetreibenden Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 GewO oder § 150 a GewO (nicht älter als drei Monate) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Die Einhaltung des Datenschutzes wird gewährleistet. | Eigenerklärung: Ich/Wir verpflichte/n mich/uns zur Wahrung des Datengeheimnisses nach § 5 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Geschützte personenbezogene Daten werde/n ich/ wir nicht zu einem anderen als dem zur jeweiligen rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck verarbeiten, bekannt geben, zugänglich machen oder sonst nutzen. Die Pflicht zur Wahrung des Datengeheimnisses besteht auch nach Beendigung der Tätigkeit fort. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Die Voraussetzungen gemäß § 128 SGB V werden eingehalten. | Eigenerklärung: Ich/Wir erkläre/n, dass wir die Regelungen des § 128 SGB V beachten. Wir unterhalten keine Hilfsmitteldepots bei Vertragsärzten, in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen und beteiligen Ärzte nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln und gewähren keine Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

3. Organisatorische Voraussetzungen

| Voraussetzungen | Nachweise und Eigen- erklärungen | Erfüllung/Nachweise beigefügt |
|--|--|---|
| Die zeitnahe Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör sowie von Ersatzteilen wird sichergestellt. | <p>Eigenerklärung: Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, die Versorgung mit verordneten Hilfsmitteln und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen zeitnah sicherzustellen.</p> <p>Die Kurzbeschreibung meiner/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.</p> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen | <p>Eigenerklärung: Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, sicherzustellen, dass Instandhaltungen und Reparaturen sach- und fachgerecht durchgeführt werden.</p> <p>Die Kurzbeschreibung meiner/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.</p> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (konfektionierte Produkte) | <p>Eigenerklärung: Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir bei konfektionierten Hilfsmitteln permanent eine ausreichend große Produktpalette gängiger Produkte zur Auswahl vorhalte/n.</p> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Für wieder einsetzbare Produkte Sicherstellung einer fachgerechten und produktgeeigneten Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung | <p>Eigenerklärung: Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, eine fach- und produktgeeignete Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung sicherzustellen.</p> <p>Die Kurzbeschreibung meiner/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.</p> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| 4. Räumliche Voraussetzungen | | |
|--|--|---|
| Voraussetzungen | Nachweise und Eigen- erklärungen | Erfüllung / Nachweise beigefügt |
| Verkaufs-/Empfangsbereich | Kopie des Mietvertrages bzw. Grundbuch- auszugs | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Werkstattraum/-platz für Herstel- lung, Anpassung und Zu-rüstungen | Grundriss-/Raumskizze Betriebsbegehung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Lager- und Transportmöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterla- gen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen | Eigenerklärung: Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir mich/uns an die in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen zur Lager- und Transportmöglichkeit unter Umge- bungsbedingungen halte/n. Die Produkte werden nicht zusammen mit Chemikalien gelagert/ transportiert und werden vor ext- remer Hitze, extremem Frost, Sonnenein- strahlung, Nässe, hoher Luftfeuchtigkeit; Verschmutzungen sowie starken magneti- schen Feldern geschützt. Die Kurzbeschreibung meiner/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag bei- gefügt. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte | Grundriss-/Raumskizze Betriebsbegehung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

5. Inventar

| a) <u>Anpassraum</u> | |
|--|---|
| maximaler Störschallpegel ≤ 40 dB/A | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ton- und Sprachaudiometer mit mind. zwei Freifeldlautsprechern Typ: Seriennummer*: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Messbox Typ: Seriennummer*: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| In-situ-Anlage Typ: Seriennummer*: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Programmiereinheit zum Programmieren von digitalen Hörgeräten mit Programmierschnittstelle Typ: Seriennummer*: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

*Anforderung der Inventarisierung der sachlichen Ausstattung: Sofern die Gerätschaften nicht bzw. nicht mehr über eine vom Hersteller vergebene Seriennummer verfügen, wird vom Leistungserbringer jeweils eine eindeutige Identifikationsnummer vergeben und das Gerät entsprechend gekennzeichnet.

| b) Otoplastikarbeitsplatz/Arbeitsplatz für Reparaturen (mit folgender Mindestausstattung): | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Dental- oder Poliermaschine (z. B. Handfräse mit geeigneten Aufsätzen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Poliermaterialien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diverse Arbeitsschutzmaterialien (z. B. Schutzbrille, Mundschutz, Gehörschutz) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlauchweitezange | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bohrer in unterschiedlichen Größen und Arten (z. B. Spiral- bzw. Rosenbohrer) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fräser (quergerieifte Birnen- und Spitzfräser) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Abdruckspritze und/oder Injektorpistole | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlauchmaterial mit verschiedenen Durchmessern und Wandstärken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Klebstoffe, Lösungsmittel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lacke | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Otoplastikwinkel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lichtgerät/UV Lichthärtungsgerät | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Materialien und Werkzeuge zur Herstellung von Rohlingen aus Ohrabformungen, sofern diese im Betrieb des Hörakustikers erfolgt. Bei Herstellung von Rohlingen im Labor (zentral oder extern) Vorhaltung von (Verpackungs-) Materialien zum sicheren Postversand der Ohrabformung. Alternativ Vorhaltung von EDV und Geräten zum Einscannen der Ohrabformung und zur sicheren Übermittlung der digitalisierten Ohrabformung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Abdruckmaterialien und -geräte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Otoskop inkl. diverse Trichter | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Backenpinzette | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 1 Pinzettensortiment | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leuchtstab | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Reinigungs- und Desinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

| | | |
|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Tamponade | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ultraschallbad | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

6. Erklärung der Präqualifizierungsstelle

Personenbezogene Daten verwenden wir nur zur Beantwortung Ihrer Anfragen und zur Abwicklung mit Ihnen geschlossener Verträge. Ihre Daten werden an Dritte nur weitergegeben oder übermittelt, wenn dies zum Zwecke der Vertragsabwicklung – zum Beispiel im Rahmen von Begehungen – erforderlich ist und bei der Übermittlung der Daten an den GKV-Spitzenverband durch die ZertBau GmbH im Auftrag. Ihre Daten werden nicht zu Werbezwecken an Dritte weitergegeben. Erteilte Einwilligungen können Sie jederzeit widerrufen.

7. Erklärung Antragsteller/in (Bevollmächtigte/r)

- Ich/Wir erkläre(n), dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und wahrheitsgemäß erfolgt sind. Über alle relevanten Änderungen werde(n) ich/wir die Präqualifizierungsstelle unverzüglich schriftlich informieren. Mir/Uns ist bekannt, dass falsche Angaben zur Einschränkung, Aussetzung oder Rücknahme der Präqualifizierung führen.
- Ich/Wir erkläre(n) ausdrücklich, dass ich/wir die Präqualifizierungsbedingungen sowie die Entgeltliste in der jeweils aktuellen Version für diesen Antrag und das Präqualifizierungsverfahren anerkenne(n) (siehe <https://www.praeq.de/pages/downloads.php>).
- Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die präQ GmbH die Daten und Angaben der Präqualifizierung der Bundesinnung der Hörakustiker KdöR weitermeldet.

Ort, Datum

Name Antragsteller/in
(Bevollmächtigte/r)

rechtsgültige Unterschrift
Antragsteller/in (Bevollmächtigte/r)

ANLAGE

Einzureichende Unterlagen und Betriebsbegehung

Einzureichende Unterlagen

- Aktuelles PQ-Zertifikat, falls Präqualifizierung von anderer PQ-Stelle erteilt wurde.
- Meisterbrief bzw. Ausnahmegenehmigung gemäß Handwerksordnung.
- Eintragung in die Handwerksrolle mit Angabe des fachlichen Betriebsleiters.
- Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 GewO (nicht älter als **drei** Monate).
- Kopie einer aktuellen Versicherungsbestätigung - Betriebshaftpflicht, die **ausdrücklich Personen-, Sach- und Vermögensschäden** auflistet, den **Risikort (Adresse der Betriebs-stätte)** sowie den **Versicherungszweck** nennt und nicht älter als 12 Monate ist.
- Kurzbeschreibung der Maßnahmen zur Sicherstellung der zeitnahen Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen.
- Kurzbeschreibung der Maßnahmen zur Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen.
- Kurzbeschreibung der Maßnahmen zur Sicherstellung der Lager- und Transportmöglichkeiten unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen.
- Kurzbeschreibung der Maßnahmen zur Sicherstellung einer fachgerechten und produktgeeigneten Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung.
- Kopie des Mietvertrages bzw. Grundbuchauszugs.
- Grundrisskizze oder Raumskizze.

Betriebsbegehung:

Sowohl räumliche Voraussetzungen als auch Inventar müssen in jeder Betriebsstätte vorgehalten werden. Geprüft wird dies im Rahmen einer Betriebsbegehung.

Parallel zur Eingangsbestätigung verschickt die präQ einen Auftrag zur Betriebsbegehung an einen Betriebsbegeher, woraufhin der Betriebsbegeher einen Termin mit dem zu begehenden Betrieb vereinbart. Das Betriebsbegehungspersonal ist vertraglich zu Neutralität und Unparteilichkeit verpflichtet und muss im Falle von Befangenheit den Auftrag ablehnen. Auch der Betrieb kann den Auftrag ablehnen. In diesem Fall wird ein anderer Begeher eingesetzt.