

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, 16B und 25A15-F15
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 Hörakustik ¹ :		
Institutionskennzeichen Augenoptik:		

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

Betriebsinhaber/in:	
---------------------	--

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
<input type="checkbox"/> VB 25A15	Gläser und Prismen, Sonstige Sehhilfen
<input type="checkbox"/> VB 25B15	Schieltherapeutika
<input type="checkbox"/> VB 25C15	Okklusionspflaster, Vorhänger/Übersetzbrille, sonstige Hilfsmittel bei Augenerkrankungen
<input type="checkbox"/> VB 25D15	Kontaktlinsen
<input type="checkbox"/> VB 25E	Vergrößernde Sehhilfen, Leseständer
<input type="checkbox"/> VB 25F15	Bildschirmlesegeräte, Kamerasysteme, Leseständer

Angaben zur fachlichen Leitung

Name	Vorname, Geburtsdatum
Qualifikation der fachlichen Leitung:	<input type="checkbox"/> Hörakustiker-Meister/in <input type="checkbox"/> Augenoptiker-Meister/in oder Dipl. Ing. Augenoptik <input type="checkbox"/> Andere Qualifikation _____
Name	Vorname, Geburtsdatum
Qualifikation der fachlichen Leitung:	<input type="checkbox"/> Hörakustiker-Meister/in <input type="checkbox"/> Augenoptiker-Meister/in oder Dipl. Ing. Augenoptik <input type="checkbox"/> Andere Qualifikation _____

2. Allgemeine Voraussetzungen

Voraussetzungen	Nachweise und Eigenerklärungen	Erfüllung/Nachweise beigefügt
Die Anforderungen an die fachliche Leitung sind erfüllt.	Handwerksrolleneintrag bzw. Berufs-urkunde 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
Präsenz der fachlichen Leitung	<input type="checkbox"/> Die dauerhafte Präsenz der fachlichen Leitung ist entsprechend des geltenden Handwerksrechts gewährleistet.	
Es besteht eine Betriebshaftpflichtversicherung, die mindestens Personen-, Sach- und Vermögensschäden abdeckt.	Kopie einer aktuellen Versicherungsbestätigung (Betriebshaftpflicht, die ausdrücklich Personen-, Sach- und Vermögensschäden auflistet, den <u>Risikoort</u> 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 gewerberechlichen 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 Hilfsmittelpots 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 Eigenerklärungen	Erfüllung/Nachweise beigefügt
Die zeitnahe Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör sowie von Ersatzteilen wird sichergestellt.	Eigenerklärung: Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, die Versorgung mit verordneten Hilfsmitteln und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen zeitnah sicherzustellen. Die Kurzbeschreibung meiner/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen (nur 13A, 16B, 25A15, 25E, 25F15)	Eigenerklärung: Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, sicherzustellen, dass Instandhaltungen und Reparaturen sach- und fachgerecht durchgeführt werden. Die Kurzbeschreibung meiner/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (konfektionierte Produkte) (nur 13A, 16B, 25B15, 25C15, 25E, 25F15)	Eigenerklärung: Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir bei konfektionierten Hilfsmitteln permanent eine ausreichend große Produktpalette gängiger Produkte zur Auswahl vorhalte/n.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<p>Für wieder einsetzbare Produkte Sicherstellung einer fachgerechten und produktgeeigneten Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung (nicht für 25A15-E)</p>	<p>Eigenerklärung: Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, eine fach- und produktgeeignete Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung sicherzustellen.</p> <p>Die Kurzbeschreibung meiner/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

4. Räumliche Voraussetzungen

Voraussetzungen	Nachweise und Eigenerklärungen	Erfüllung / Nachweise beigefügt
Verkaufs-/Empfangsbereich	Kopie des Mietvertrages bzw. Grundbuchauszugs Grundriss-/Raumskizze	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geeigneter Spiegel (nur 25A15, 25D)	Betriebsbegehung bzw. Foto-/Videodokumentation Eigenerklärung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen (nur 13B, 25A15, 25E)	Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir mich/uns an die in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen zur Lager- und Transportmöglichkeit unter Umgebungsbedingungen halte/n. Die Produkte werden nicht zusammen mit Chemikalien gelagert/transportiert und werden vor extremer Hitze, extremem Frost, Sonneneinstrahlung, Nässe, hoher Luftfeuchtigkeit; Verschmutzungen sowie starken magnetischen Feldern geschützt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lager- und Transportmöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	Die Kurzbeschreibung meiner/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte (nicht für 25A15-E)	Grundriss-/Raumskizze Betriebsbegehung bzw. Foto-/Videodokumentation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Inventar

HÖRAKUSTIK

a) Anpassraum

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 (Handfräse mit geeigneten Aufsätzen wird akzeptiert)	<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
Schlauchweitzange	<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 (quergeriefte 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

AUGENOPTIK		
a) Kontaktlinsenarbeitsplatz (25D15)		
Einweisungsplatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Opthalmometer		
Typ:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Seriennummer*:		
Spaltlampenmikroskop		
Typ:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Seriennummer*:		
Vorrichtung zur Prüfung auf Einhaltung der Kontaktlinsenparameter und zur Qualitätskontrolle der Kontaktlinsen (z. B. Durchmesserlehre, Messokular, Halterung für Spala bzw. Ophthalmometer, Messaufsatz für SBM usw.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zubehör zur sachgerechten Reinigung und Sterilisation/Desinfektion (wenigstens aktuelle Pflegemittel und Handwaschbecken)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

b) Refraktionsraum (25A15, 25D15, 25E)		
Raum lässt sich abdunkeln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tageslicht oder tageslichtähnliches Kunstlicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Höhenverstellbarer Refraktionsstuhl; die Höhenverstellbarkeit kann entfallen, wenn das Refraktometer höhenverstellbar ist.		
Typ:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Seriennummer*:		
Skioskop und Skioskopierleisten und/oder Refraktometer		
Typ:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Seriennummer*:		
Messgläserkasten und Refraktionsmessbrille	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Polarisationsvorhalter (nicht für 25D und 25E)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kreuzzylinder	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Abgleichleiste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Gerät zur Sehzeichendarbietung Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorrichtung (oder Gerät) zur Prüfung der Sehschärfe in der Nähe inklusive der Beurteilung der Qualität des Binokularsehens (für die Nähe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tafeln zur Messung des Vergrößerungsbedarfes (nicht für 25D)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tafeln zur Bestimmung des Fernvisus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ein Satz Kantenfilter (nicht für 25D)	<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.

c) Werkstatt (25A15, 25E)	
Werktisch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorrichtung zur Randbearbeitung der Gläser Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bohrmaschine mit Zubehör Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Poliermaschine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rillmaschine ggf. Facette-Schleifmaschine Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Scheitelbrechwertmessgerät Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorrichtung zum Zentrieren der Gläser Typ: Seriennummer*:	<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>).
- Nur 13A: 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)
------------	----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

ANLAGEN

Einzureichende Unterlagen, 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 der fachlichen Betriebsleitung.
- 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 **Risikoorort (Adresse der Betriebsstätte)** 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 werden diese für die VB13A, 25A15 und 25E im Rahmen einer Betriebsbegehung und werden auch – wo zutreffend - für die VB 16B, 25B15, 25C15, 25D15 und 25F15 mit geprüft.

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.