

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 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:	
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 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: (Siehe auch Anhang: Anforderungen an die fachliche Leitung)	<input type="checkbox"/> Augenoptiker-Meister/in oder Dipl. Ing. Augenoptik <input type="checkbox"/> Augenarzt/Augenärztin <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. Berufsurkunde über die Meisterqualifikation oder Nachweis einer entsprechenden Qualifizierung (siehe Anlage Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person gemäß GKV-Kriterienkatalog)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die berufsrechtlichen Voraussetzungen werden erfüllt.	Kopie der Gewerbeanmeldung, sofern es sich um einen Gewerbebetrieb handelt oder des Handelsregisterauszugs oder der Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes (Handwerksrolle oder Industrie- und Handelskammer u. ä.) oder Eigenerklärung bei Gewerbebetreibenden, die nicht zum Eintrag verpflichtet sind oder Erklärung der Zugehörigkeit zu freien Berufen (Eintrag in die zugehörige Kammer). Ggf. Bestätigung der Zugehörigkeit zu den freien Berufen durch das zuständige Finanzamt oder eine Kopie des Steuerbescheids (aus dem hervorgeht, dass keine Gewerbesteuer abgeführt wurde)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Betrifft 25B15, 25C15, 25D15, 25F15, sofern nicht mit 13A, 25A15 und/oder 25E präqualifiziert: Es ist sichergestellt, dass die fachliche Leitung während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist.	<input type="checkbox"/> Selbstverpflichtung: Es ist sichergestellt, dass eine fachliche Leitung während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist. _____ Unterschrift fachliche Leitung _____ Unterschrift Betriebsinhaber/Geschäftsführer/Bevollmächtigter	
Betrifft 25A15, 25E:	<input type="checkbox"/> Die dauerhafte Präsenz der fachlichen Leitung ist entsprechend des geltenden Handwerksrechts gewährleistet.	

<p>Es besteht eine Betriebshaftpflichtversicherung, die mindestens Personen-, Sach- und Vermögensschäden abdeckt.</p>	<p>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).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Es besteht Insolvenzfreiheit.</p>	<p>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.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Steuern und Sozialversicherungsbeiträge werden fristgerecht abgeführt.</p>	<p>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.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Die gewerberechtlichen Voraussetzungen werden erfüllt.</p>	<p>Bei Gewerbetreibenden Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 GewO oder § 150 a GewO (nicht älter als drei Monate)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Die Einhaltung des Datenschutzes wird gewährleistet.</p>	<p>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.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Die Voraussetzungen gemäß § 128 SGB V werden eingehalten.</p>	<p>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.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

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/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen (nur 25A15, 25E, 25F15)	Eigenerklärung: Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, sicherzustellen, dass Instandhaltungen und Reparaturen sach- und fachgerecht durchgeführt werden. Die Kurzbeschreibung meiner/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (konfektionierte Produkte) (nur 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
Für wieder einsetzbare Produkte Sicherstellung einer fachgerechten und produktgeeigneten Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung (nur 25F15)	Eigenerklärung: Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, eine fach- und produktgeeignete Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung sicherzustellen. Die Kurzbeschreibung meiner/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen (nur 25A15, 25E)	Eigenerklärung: 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Lager- und Transportmöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	Produkte werden nicht zusammen mit Chemikalien gelagert/transportiert und werden vor extremer Hitze, extremem Frost, Sonneneinstrahlung, Nässe, hoher Luft-feuchtigkeit; Verschmutzungen sowie starken magnetischen Feldern geschützt. 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 (nur 25F15)	Grundriss-/Raumskizze Betriebsbegehung bzw. Foto-/Videodokumentation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Inventar

a) Kontaktlinsenarbeitsplatz (25D15)	
Einweisungsplatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ophtalmometer Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Spaltlampenmikroskop Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Skioskop und Skioskopierleisten und/oder Refraktometer Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Messgläserkasten und Refraktionsmessbrille	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Polarisationsvorhalter (nicht für 25D15 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 25D15)	<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 25D15)	<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)	
Werkttisch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorrichtung zur Randbearbeitung der Gläser	
Typ:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Seriennummer*:	
Bohrmaschine mit Zubehör	
Typ:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Seriennummer*:	
Poliermaschine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rillmaschine ggf. Facette-Schleifmaschine	
Typ:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Seriennummer*:	
Scheitelbrechwertmessgerät	
Typ:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Seriennummer*:	
Vorrichtung zum Zentrieren der Gläser	
Typ:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Seriennummer*:	

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>).

Ort, Datum	Name Antragsteller/in (Bevollmächtigte/r)	rechtsgültige Unterschrift Antragsteller/in (Bevollmächtigte/r)
------------	--	--

ANLAGEN

Einzureichende Unterlagen, Betriebsbegehung, Foto-/Videodokumentation und Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person

Einzureichende Unterlagen

- Aktuelles PQ-Zertifikat, falls Präqualifizierung von anderer PQ-Stelle erteilt wurde.
- Kopie der Gewerbeanmeldung, sofern es sich um einen Gewerbebetrieb handelt oder des Handelsregisterauszugs oder der Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes (**Handwerksrolle mit Angabe der fachlichen Leitung** oder Industrie- und Handelskammer u. ä.) oder Eigenerklärung bei Gewerbebetreibenden, die nicht zum Eintrag verpflichtet sind oder Erklärung der Zugehörigkeit zu freien Berufen (Eintrag in die zugehörige Kammer). Ggf. Bestätigung der Zugehörigkeit zu den freien Berufen durch das zuständige Finanzamt oder eine Kopie des Steuerbescheids (aus dem hervorgeht, dass keine Gewerbesteuer abgeführt wurde).
- Meisterbrief oder gleichwertiger Abschluss bzw. Ausnahmegenehmigung gemäß Handwerksordnung bzw. Nachweis siehe Anlage „Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person gemäß GKV-Kriterienkatalog“.
- 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 (25A15, E, F15).
- 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 (nur 25F15)
- Kopie des Mietvertrages bzw. Grundbuchauszugs.
- Grundrisskizze oder Raumskizze.
- Foto-/Videodokumentation (siehe unten) für die Versorgungsbereiche 25B15, 25C15, 25D15, 25F15, sofern diese nicht gemeinsam mit einer Betriebsbegehung für die Versorgungsbereiche 25A15, 25E geprüft werden.

Betriebsbegehung

Sowohl räumliche Voraussetzungen als auch Inventar müssen in jeder Betriebsstätte vorgehalten werden. Geprüft werden diese für die VB 25A15 und 25E im Rahmen einer Betriebsbegehung und können auf Wunsch des Kunden auch für die VB 25B15, 25C15, 25D15 und 25F15 mit geprüft werden.

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.

Foto-/Videodokumentation

Die Fotos/Videos zu den räumlichen und sachlichen Voraussetzungen sollen beschriftet und dürfen nicht älter als drei Monate sein! Das Video kann kommentiert werden. Sie können als Abzug, in Papierform, auf CD, Speicherkarte, USB-Stick oder E-Mail eingereicht werden. Werkzeuge und Geräte können auch in Gruppen angeordnet und fotografiert/gefilmt werden, müssen aber eindeutig erkennbar sein. Bitte achten Sie auf Größe und Schärfe. Die Räume sollten in ihrer Gesamtheit erfasst werden.

Foto-/Videonachweise für	25B 15	25C 15	25D 15	25F 15	ggf. Foto-/Video- bezeichnung/- dateiname	Foto/Video beigefügt
Verkaufs-/ Empfangsbereich	x	x	x	x		<input type="checkbox"/>
Lager- und Transportmöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	x	x	x	x		<input type="checkbox"/>
Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte				x		<input type="checkbox"/>
geeigneter Spiegel zur Hilfsmittelanpassung			x			<input type="checkbox"/>
Einweisungsplatz			x			<input type="checkbox"/>
Ophthalmometer			x			<input type="checkbox"/>
Spaltlampenmikroskop			x			<input type="checkbox"/>
Vorrichtung zur Prüfung auf Einhaltung der Kontaktlinsenparameter und zur Qualitätskontrolle der Kontaktlinsen			x			<input type="checkbox"/>
Zubehör zur sachgerechten Reinigung und Sterilisation / Desinfektion			x			<input type="checkbox"/>
Raum lässt sich abdunkeln			x			<input type="checkbox"/>

Tageslicht oder tageslichtähnliches Kunstlicht			x			<input type="checkbox"/>
Höhenverstellbarer Refraktionsstuhl; die Höhenverstellbarkeit kann entfallen, wenn das Refraktometer höhenverstellbar ist.			x			<input type="checkbox"/>
Skioskop und Skioskopierleisten und/ oder Refraktometer			x			<input type="checkbox"/>
Messgläserkasten und Refraktionsmessbrille			x			<input type="checkbox"/>
Kreuzzylinder			x			<input type="checkbox"/>
Abgleichleiste			x			<input type="checkbox"/>
Gerät zur Sehzeichendarbietung			x			<input type="checkbox"/>
Vorrichtung (oder Gerät) zur Prüfung der Sehschärfe in der Nähe inklusive der Beurteilung der Qualität des Binokularsehens (für die Nähe)			x			<input type="checkbox"/>
Tafeln zur Bestimmung des Fernvisus			x			<input type="checkbox"/>

Ich/Wir erkläre(n), dass die übersandten Foto-/Videonachweise nicht älter als 3 Monate sind.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person gemäß GKV-Kriterienkatalog

25A15	25B15	25C15	25D15	25E	25F15
Gläser und Prismen, Sonstige Sehhilfen	Schieltherapeutika	Okklusionspflaster Vorhänger/Übersetzbrille Sonstige Hilfsmittel bei Au- generkrankungen	Kontaktlinsen	vergrößernde Sehhilfen Leseständer	Bildschirmlesegerät, Kamerasysteme Leseständer
AOM, IAO	AOM, IAO, GQ	APO, AOM, IAO, PZI, GQ	AOM, IAO, AA, GQ	AOM, IAO	IMED, BMT, TMED, TBT, EM, IK, ITSK, ELT, INT, AOM, IAO, GQ

Ab- kür- zung	Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person	Nachweise
AA	Augenarzt/Augenärztin	Nachweis der neunstelligen lebenslangen Arztnummer (LANR), die den Fachgruppenschlüssel "05" (8. und 9. Stelle in der Ziffernfolge) aufweist
AOM	Augenoptikermeister/-in	Handwerksrolleneintrag bzw. Berufsurkunde über die Meisterqualifikation
APO	Apotheker/-in	Apothekenbetriebserlaubnis bzw. Approbation bzw. Nachweis über abgeschlossenes Studium
BMT	Biomedizinische Technik B.Sc.	Urkunde B. Sc.
ELT	Elektrotechnik B. Eng. mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel für die VB 07B, 07C und 25F Mit mindestens zweijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel für den VB 16A	Urkunde B. Eng. und Nachweis einer mindestens zweijährigen bzw. dreijährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel. Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebs/Fachgeschäfts, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.
EM	Systemelektroniker/in oder Elektromechaniker/in* mit 5jähriger einschlägiger Berufspraxis oder mit Zusatzqualifikation "MTcert@ " Ausbildung seit 08.2003 nicht mehr möglich	Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung

Abkürzung	Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person	Nachweise
GQ	Gleichwertige Qualifikation	Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung Beschreibung und geeigneter Nachweis über Ausbildungsinhalte und Gleichwertigkeit
IAO	Dipl.-Ing. Augenoptik (aus Zulassungsempfehlung 1991)	Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung
IK	Informatikkauffrau/-mann mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel	Berufsurkunde über die geschlossene Ausbildung und Nachweis einer mindestens dreijährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel. Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebs/Fachgeschäfts, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.
IMED	Dipl. Ing./in der Fachrichtung Medizintechnik.	Diplom-Urkunde
INT	Informatik B. Eng. mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel für die VB 07B, 07C und 25F Mit mindestens zweijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel für den VB 16A	Urkunde B. Eng. und Nachweis einer mindestens zweijährigen bzw. dreijährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel. Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebs/Fachgeschäfts, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.
ITSK	IT-Systemkauffrau/-mann mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel.	Berufsurkunde über die geschlossene Ausbildung und Nachweis einer mindestens dreijährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel. Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebs/Fachgeschäfts, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.
PZI	Pharmazieingenieur/-in (Ausbildung in der DDR)	Nachweis über abgeschlossenes Studium
TBT	Techniker/-in für Biomedizin-Technik (med. technische Ausbildung in der DDR)	Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung
TMED	Techniker/-in Fachrichtung Medizintechnik Für den VB 16A mit mindestens zweijähriger einschlägiger Berufserfahrung im Fachhandel.	Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung, Für VB 16A Nachweis einer mindestens zweijährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel. Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebs/ Fachgeschäfts, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.