

präQ Gesellschaft zur Präqualifizierung mbH
Wallstraße 1
55122 Mainz
Telefax: 06131/58 88 8-29

Stempel des Antragstellers

Ansprechpartner des Antragstellers

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

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

1. Präqualifizierungsantrag für

- Eröffnung einer neuen Betriebsstätte (ggf. Öffnungstermin)
- Re-Präqualifizierung
- eine bestehende Betriebsstätte
- Verlegung einer Betriebsstätte (Standortwechsel)
- Erweiterung des Hilfsmittelspektrums
- Wechsel des fachlichen Betriebsleiters
- Rechtsformänderung / Umfirmierung / Inhaberwechsel
- maßgebliche räumliche Änderungen
- Sonstige Änderung:

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

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:	

Betrieb ist bereits präqualifiziert (wenn ja, bitte die letztgültige Bestätigung beifügen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Angaben zur Rechtsform des Betriebes

Der Betrieb ist ...	
<input type="checkbox"/> eine Einzelunternehmung	
<input type="checkbox"/> eine Personengesellschaft:	Gesellschaftsform (z. B. GbR)
<input type="checkbox"/> eine 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:	

Rechnung

Rechnungsanschrift (falls abweichend von der Betriebsstätte):	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort
Kontoverbindung:	
IBAN	
SWIFT	

In dem Betrieb, für den die Präqualifizierung beantragt wird, sollen folgende Hilfsmittel abgegeben werden

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

Angaben zur fachlichen Leitung

Fachliche/r Leiter/in:	Name, Vorname, Geburtsdatum
Fachliche Qualifikationen des fachlichen Leiters:	<input type="checkbox"/> Hörakustiker-Meister <input type="checkbox"/> Gleichwertige 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 Eigen- erklärungen	Erfüllung / Nachweise beige- fügt
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 Risikoort sowie den Verwendungszweck nennt und nicht älter als 12 Monate ist)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Es besteht Insolvenzfreiheit.	Ich/Wir erkläre/n, 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.	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.	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.	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 beige- fügt
Die zeitnahe Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör sowie von Ersatzteilen wird sichergestellt.	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 beigelegt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen	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 beigelegt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (konfektionierte Produkte)	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 Versorgungsbereich 16B: Für wieder einsetzbare Produkte Sicherstellung einer fachgerechten und produktgeeigneten Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung	Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, eine fach- und produktgeeignete Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung sicherzustellen. Die Kurzbeschreibung meiner/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigelegt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4. Räumliche Voraussetzungen

Voraussetzungen	Nachweise und Eigen- erklärungen	Erfüllung / Nachweise beige- fügt
Verkaufs-/Empfangsbereich	Kopie des Mietvertrages bzw. Grundbuchauszugs, Grundriss-/Raumskizze und Betriebsbegehung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurrüstungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereich 16B: Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil Produkte nicht gelagert und aufbereitet werden.

Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir mich/uns an die in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen zur Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen halte/n. Die Produkte werden nicht zusammen mit Chemikalien gelagert und werden vor extremer Hitze, extremem Frost, Sonneneinstrahlung, Nässe, hoher Luftfeuchtigkeit; Verschmutzungen sowie starken magnetischen Feldern geschützt. Die Kurzbeschreibung meiner/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigelegt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	--	---

5. Inventar

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	<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 zum Herstellen von Rohlingen aus Ohrabformungen	<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 des Antragstellers / fachlichen Leiters

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 bin damit einverstanden, dass die präQ GmbH die Daten und Angaben der Präqualifizierung der Bundesinnung der Hörakustiker KdöR weitermeldet.
- Ja, ich möchte auch nach Abschluss des beantragten Verfahrens Informationen von präQ zum Thema Präqualifizierung erhalten und bin mit einer den Datenschutzbestimmungen entsprechenden Nutzung und Speicherung der Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers