

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 den Versorgungsbereich 16B
nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes
gemäß § 126 Abs. 1 SGB V**

1. Präqualifizierungsantrag für

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

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	

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:
Nachweis über die persönlichen und fachlichen Präqualifizierungsvoraussetzungen (ggf. des fachlichen Leiters)	Nachweis einer entsprechenden Qualifizierung ist beigelegt (OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, GKA, TMED, TBT, EM, HAM, GQ) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Voraussetzungen	
Selbstverpflichtung: Es ist sichergestellt, dass eine fachliche Leitung während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Unterschrift fachliche Leitung Unterschrift Betriebsinhaber/Geschäftsführer </div>	

2. Allgemeine Voraussetzungen

Voraussetzungen	Nachweise und Eigenerklärungen	Erfüllung / Nachweise beigelegt
Die berufsrechtlichen Voraussetzungen werden erfüllt.	Kopie der Gewerbeanmeldung oder des Handelsregisterauszugs oder der Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes (Handwerksrolle oder Industrie- und Handelskammer u. ä.)	<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 Risikooort 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 Eigenerklärungen	Erfüllung / Nachweise beigefügt
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 beigefügt.	<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 beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<p><u>Falls zutreffend:</u> Für wieder einsetzbare Produkte: Sicherstellung, dass bei der Aufbereitung von wieder einsetzbaren Hilfsmitteln die medizinproduktrechtlichen Anforderungen, hier insbesondere die Medizinprodukte-Betreiberverordnung sowie die KRINKO-BfArM-Empfehlungen in den jeweils gültigen Fassungen beachtet werden.</p>	<p>Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, dass bei der Aufbereitung von wiedereinsatzbaren Hilfsmitteln die medizinproduktrechtlichen Anforderungen beachtet werden. Eine fach- und produktgeeignete Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit wird sichergestellt. Die Kurzbeschreibung meiner/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil die Produkte nicht wiederaufbereitet werden.</p>
<p>Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (konfektionierte Produkte)</p>	<p>Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir bei konfektionierten Hilfsmitteln permanent eine ausreichend große Produktpalette gängiger Produkte zur Auswahl vorhalte/n.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p><u>Falls zutreffend:</u> Sicherstellung der zeitnahen Versorgung vor Ort, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten.</p>	<p>Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, eine zeitnahe Versorgung vor Ort, d.h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten, sicherzustellen. Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir über einen ausreichenden Fuhrpark oder andere geeignete Möglichkeit der Mobilität verfüge/n. Die Kurzbeschreibung meiner/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil eine Vor-Ortversorgung nicht stattfindet.</p>
<p><u>Falls zutreffend:</u> Transportables, ausreichendes Produktsortiment für die Auswahl des geeigneten und wirtschaftlichen Produktes im Rahmen der Vor-Ort-Versorgung, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten.</p>	<p>Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, dass ich/wir ein transportables, ausreichendes Produktsortiment für die Auswahl des geeigneten und wirtschaftlichen Produktes im Rahmen der Vor-Ort-Versorgung, das heißt im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten, vorhalte/n. Die Kurzbeschreibung meiner/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil eine Vor-Ortversorgung nicht stattfindet.</p>
<p><u>Falls zutreffend:</u> Sicherstellung der Beratung und Einweisung im allgemeinen Lebensbereich der Versicherten.</p>	<p>Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, dass ich/wir eine sachgerechte Beratung und Einweisung des Versicherten durch qualifiziertes Personal sicherstelle/n.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil eine Vor-Ortversorgung nicht stattfindet.</p>

4. Räumliche Voraussetzungen

Voraussetzungen	Nachweise und Eigenerklärungen	Erfüllung / Nachweise beigefügt
<p>Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen</p>	<p>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 beigefügt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil keine Produkte gelagert werden.</p>

<p><u>Falls zutreffend:</u> Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte</p>	<p>Fotodokumentation</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil die Produkte nicht wiederaufbereitet werden.</p>
--	--------------------------	---

5. 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.

6. 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.

- 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