

## Betriebsbegehungsprotokoll zum Versorgungsbereich Hörhilfen (Produktgruppe 13A)<sup>1</sup>

### 1. Unternehmen/Betriebsstätte

Firmenname  
Anschrift des  
Unternehmens (Straße)

Kontaktdaten (PLZ, Ort)  
(Telefon, Telefax)  
(E-Mailadresse)

Rechtsform  Einzelunternehmen  OHG  
 GmbH  GmbH & Co. KG

Institutionskennzeichen -

### 2. Bei Betriebsstätten Angabe zum Hauptbetrieb

Anschrift wie oben  ja  nein

Firmenname des  
Hauptbetriebs  
Anschrift des  
Hauptbetriebs (Straße)  
(PLZ, Ort)

Institutionskennzeichen

### 3. Angaben zur begehenden Stelle

Name der ausführenden  
Stelle PräQ Gesellschaft zur Präqualifizierung mbH

Anschrift der ausführenden  
Stelle Wallstraße 1  
(Straße)  
55122 Mainz  
(PLZ, Ort)

Ggf. Institutionskennzeichen 590731992

Name der Person, die  
die Betriebsbegehung  
durchgeführt hat

Qualifikation der Person,  
die die Betriebsbegehung  
durchgeführt hat

Kontaktdaten -  
(Telefon, Telefax)  
(E-Mailadresse)

<sup>1</sup> Der / die Versorgungsbereich(e) und Bezeichnungen beziehen sich auf die Empfehlungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V

## 4. Prüfkriterien

### I. Räumliche Voraussetzungen

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Mietvertrag oder Grundbuchauszug in einfacher Kopie (Angaben und Inhalte, die für den Nachweis der Erfüllung der räumlichen Voraussetzungen nicht relevant sind, können geschwärzt werden). | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Verkaufs-/Empfangsbereich   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen (Stichprobenprüfung)  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### II. Inventar

#### a) Anpassraum

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| maximaler Störschallpegel $\leq 40$ dB/A<br>Wert:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ton- und Sprachaudiometer mit mind. zwei Freifeldlautsprechern<br>Typ:<br>Serienr.:                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Messbox<br>Typ:<br>Serienr.:   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Insitu-Anlage<br>Typ:<br>Serienr.:   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Programmiereinheit zum Programmieren<br>Von digitalen Hörgeräten mit Programmierschnittstelle<br>Typ:<br>Serienr.: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

#### b) Otoplastikarbeitsplatz/Arbeitsplatz für Reparaturen

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Dental- oder Poliermaschine   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Poliermaterialien   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diverse Arbeitsschutzmaterialien<br>(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 (quergeriefte Birnen- und Spitzfräser)                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Druck-/Spindelspritze 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 für 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 |
| Pinzettensortiment und Backenpinzette                                     | <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 |

### 5. Ergebnis der Betriebsbegehung

Die sich aus der Betriebsbegehung ergebenden Anforderungen werden erfüllt.  ja  nein

Die Angaben wurden auf Plausibilität geprüft.  ja  nein

Sollten sich im Rahmen der Betriebsbegehung im Einzelfall Auffälligkeiten ergeben haben, die einer weiteren Prüfung bedürfen, hat eine gesonderte Meldung zu erfolgen.

Anmerkungen

---



---



---



---

präQ Gesellschaft zur Präqualifizierung mbH

(Ort, Datum)

(Name der ausführenden Stelle)

(Unterschrift der Person, die die Betriebsbegehung durchgeführt hat)