

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 Bestandskunde
für die Versorgungsbereiche 13A, 16B und 25A15-F15
nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes
gemäß § 126 Abs. 1 SGB V**

- Re-Präqualifizierung
- Präqualifizierung/Eröffnung einer neuen Betriebsstätte (ggf. Öffnungstermin)
- Erweiterung der Versorgungsbereiche
- Verlegung einer Betriebsstätte/Standortwechsel

1. Angaben zur Betriebsstätte

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*:		
Institutionskennzeichen Augenoptik*:		

*Sollten Sie mehrere IK-Nummern haben, geben Sie diese bitte beide an.

Betriebsinhaber/in:	
Betrieb ist bereits präqualifiziert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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 Höra- kustik*:		
Institutionskennzeichen Augenoptik*:		

*Sollten Sie mehrere IK-Nummern haben, geben Sie diese bitte beide an.

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 _____
Präsenz der fachlichen Leitung:	<input type="checkbox"/> Die dauerhafte Präsenz der fachlichen Leitung ist entsprechend des geltenden Handwerksrechts gewährleistet.

2. 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. Diese Einwilligungen sind für den Bestand der Präqualifizierung obligat.

Im Rahmen einer Betriebsbegehung werden die vom GKV-Spitzenverband vorgeschriebenen räumlichen und sachlichen Voraussetzungen geprüft.

3. Erklärung Antragsteller/in

- 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 bin damit einverstanden, dass die präQ GmbH die Daten und Angaben der Präqualifizierung der Bundesinnung der Hörakustiker KdöR weitermeldet.

HIER UNTERSCHREIBEN

Datum	Name Antragsteller/in	Unterschrift Antragsteller/in
-------	-----------------------	-------------------------------

ANLAGEN

Einzureichende Unterlagen
Inventarliste

Einzureichende Unterlagen (gemäß Anforderungen des GKV-Spitzenverbandes)

- Aktuelles PQ-Zertifikat, falls Präqualifizierung von anderer PQ-Stelle erteilt wurde.
- Meisterbrief bzw. Ausnahmegenehmigung gemäß Handwerksordnung als Nachweis für die Anforderungen an die fachliche Leitung
- Eintragung in die Handwerksrolle mit Angabe des fachlichen Betriebsleiters als Nachweis für die berufsrechtlichen Voraussetzungen
- Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 GewO (nicht älter als **drei** Monate) als Nachweis der gewerberechtlichen Voraussetzungen
- Kopie einer aktuellen Versicherungsbestätigung - Betriebshaftpflicht, die **ausdrücklich Personen-, Sach- und Vermögensschäden** auflistet, den **Risikoort (Adresse der Betriebsstätte)** sowie den **Versicherungszweck** nennt und nicht älter als 12 Monate ist.
- Eigenerklärungen: Im Rahmen eines Präqualifizierungsverfahrens fordert der GKV-Spitzenverband die Vorlage diverser Eigenerklärungen vom Leistungserbringer, die mit rechtsgültiger Unterschrift und aktuellem Datum zu versehen sind.
- 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 (**gilt NUR für 16B und 25F**).
- Kopie des Mietvertrages bzw. Grundbuchauszugs als Nachweis für die räumlichen Voraussetzungen.
- Grundrisskizze oder Raumskizze als Nachweis für die räumlichen Voraussetzungen (siehe Anlage Inventarliste)
- Inventarliste (siehe Anlage) mit Datum und Unterschrift

Betriebsbegehung:

Sowohl räumliche Voraussetzungen als auch Inventar müssen in jeder Betriebsstätte vorgehalten werden. Geprüft wird dies im Rahmen einer Betriebsbegehung. Parallel zur Eingangsbestätigung verschickt die präQ einen Auftrag zur Betriebsbegehung an eine/n Betriebsbegeher/in, woraufhin die/der Betriebsbegeher/in 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/e andere/r Begeher/in eingesetzt.

INVENTARLISTE HÖRAKUSTIK (gemäß Kriterienkatalog des GKV-Spitzenverbandes)

Sachliche Voraussetzungen (Inventar):	vor- handen
Ton- und Sprachaudiometer mit mind. zwei Freifeldlautsprechern Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/>
Messbox Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/>
In-situ-Anlage Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/>
Programmiereinheit zum Programmieren von digitalen Hörgeräten mit Programmierschnittstelle Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/>
Dental- oder Poliermaschine (z. B. Handfräse mit geeigneten Aufsätzen)	<input type="checkbox"/>
Poliermaterialien	<input type="checkbox"/>
Diverse Arbeitsschutzmaterialien (z. B. Schutzbrille, Mundschutz, Gehörschutz)	<input type="checkbox"/>
Schlauchweitezange	<input type="checkbox"/>
Bohrer in unterschiedlichen Größen und Arten (z. B. Spiral- bzw. Rosenbohrer)	<input type="checkbox"/>
Fräser (quergeriefte Birnen- und Spitzfräser)	<input type="checkbox"/>
Abdruckspritze und/oder Injektorpistole	<input type="checkbox"/>
Schlauchmaterial mit verschiedenen Durchmessern und Wandstärken	<input type="checkbox"/>
Klebstoffe, Lösungsmittel	<input type="checkbox"/>
Lacke	<input type="checkbox"/>
Otoplastikwinkel	<input type="checkbox"/>

Materialien und Werkzeuge zur Herstellung von Rohlingen aus Ohrabformungen, <u>sofern diese im Betrieb des Hörakustikers erfolgt.</u>	<input type="checkbox"/>
UND/ODER	
Bei Herstellung von Rohlingen im Labor (zentral oder extern) Vorhaltung von (Verpackungs-) Materialien zum sicheren Postversand der Ohrabformung.	<input type="checkbox"/>
UND/ODER	
Alternativ Vorhaltung von EDV und Geräten zum Einscannen der Ohrabformung und zur sicheren Übermittlung der digitalisierten Ohrabformung	<input type="checkbox"/>
Anmerkung: Mindestens eine der drei Möglichkeiten muss erfüllt sein.	
Abdruckmaterialien und -geräte	<input type="checkbox"/>
Otoskop inkl. diverse Trichter	<input type="checkbox"/>
Lichtgerät/UV Lichthärtungsgerät	<input type="checkbox"/>
Backenpinzette	<input type="checkbox"/>
1 Pinzettensortiment	<input type="checkbox"/>
Leuchtstab	<input type="checkbox"/>
Reinigungs- und Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>
Tamponade	<input type="checkbox"/>
Ultraschallbad	<input type="checkbox"/>

*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.

RÄUMLICHE VORAUSSETZUNGEN

räumliche Voraussetzungen gemäß Kriterienkatalog des GKV-Spitzenverbandes	13A	16B	vorhanden
Verkaufs-/Empfangsbereich	x		<input type="checkbox"/>
Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen	x		<input type="checkbox"/>
Anpassraum (maximaler Störschallpegel ≤ 40 dB/A)	x		<input type="checkbox"/>
Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	x	x	<input type="checkbox"/>
Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte		x	<input type="checkbox"/>

HIER UNTERSCHREIBEN

Datum

Name Antragsteller/in

Unterschrift Antragsteller/in

INVENTARLISTE AUGENOPTIK (gemäß Kriterienkatalog des GKV-Spitzenverbandes)

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

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

Gerät zur Sehzeichendarbietung Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/>
Vorrichtung (oder Gerät) zur Prüfung der Sehschärfe in der Nähe inklusive der Beurteilung der Qualität des Binokularesehens (für die Nähe)	<input type="checkbox"/>
Kreuzzylinder	<input type="checkbox"/>
Abgleichleiste	<input type="checkbox"/>
Tafeln zur Messung des Vergrößerungsbedarfes (nicht für 25D15)	<input type="checkbox"/>
Tafeln zur Bestimmung des Fernvisus	<input type="checkbox"/>
Ein Satz Kantenfilter (nicht für 25D15)	<input type="checkbox"/>

Werkstatt (25A15, 25E)	vor- handen
Werktisch	<input type="checkbox"/>
Poliermaschine	<input type="checkbox"/>
Vorrichtung zur Randbearbeitung der Gläser Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/>
Bohrmaschine mit Zubehör Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/>
Rillmaschine ggf. Facette-Schleifmaschine Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/>

Scheitelbrechwertmessgerät Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/>
Vorrichtung zum Zentrieren der Gläser Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/>

*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.

RÄUMLICHE VORAUSSETZUNGEN

räumliche Voraussetzungen gemäß Kriterienkatalog des GKV-Spitzenverbandes	25A 25E	25D	25F	vor- han- den
Verkaufs-/Empfangsbereich	x	x		<input type="checkbox"/>
Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen	x			<input type="checkbox"/>
Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	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	x	x		<input type="checkbox"/>
Kontaktlinsenarbeitsplatz		x		<input type="checkbox"/>
Refraktionsraum	x	x		<input type="checkbox"/>

HIER UNTERSCHREIBEN

Datum

Name Antragsteller/in

Unterschrift Antragsteller/in