

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 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:	

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 Anlage 5)	<input type="checkbox"/> Augenoptiker-Meister/in oder Dipl. Ing. Augenoptik <input type="checkbox"/> Augenarzt/Augenärztin <input type="checkbox"/> Andere Qualifikation _____

Voraussetzungen

Betrifft 25A15, 25E:

Die dauerhafte Präsenz der fachlichen Leitung ist entsprechend des geltenden Handwerksrechts gewährleistet.

Betrifft 25B15, 25C15, 25D15, 25F15, sofern nicht mit 25A15 und/oder 25E präqualifiziert:

Selbstverpflichtung: Es ist sichergestellt, dass eine fachliche Leitung während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist.

HIER UNTERSCHREIBEN

Unterschrift fachliche Leitung

rechtsgültige Unterschrift Bevollmächtigte/r

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 (betrifft 25A15 und 25E).

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>).

HIER UNTERSCHREIBEN

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

ANLAGEN

Einzureichende Unterlagen

Betriebsbegehung

Inventarliste

Foto-/Videodokumentation und Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person

ANLAGE 1

Einzureichende Unterlagen

- Aktuelles PQ-Zertifikat, falls Präqualifizierung von anderer PQ-Stelle erteilt wurde.
- Kopie der Gewerbebeanmeldung, 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.
- 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 (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
- Inventarliste (siehe Anlage 3) mit Datum und Unterschrift
- Foto-/Videodokumentation mit Datum und Unterschrift (siehe Anlage 4) für die Versorgungsbereiche 25B15, 25C15, 25D15, 25F15, sofern diese nicht gemeinsam mit einer Betriebsbegehung für die Versorgungsbereiche 25A15, 25E geprüft werden.

ANLAGE 2

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 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.

ANLAGE 3

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"/>
Kreuzzylinder	<input type="checkbox"/>
Abgleichleiste	<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 Binokularsehens (für die Nähe)	<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

ANLAGE 4

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"/>
Refraktionsraum			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"/>

Foto-/Videonachweise für	25B 15	25C 15	25D 15	25F 15	ggf. Foto-/Video- bezeichnung/- dateiname	Foto/Video beigefügt
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"/>

Die Foto-/Videodokumentation ist vom (bitte Datum eintragen):	
----------------------------------------------------------------------	--

HIER UNTERSCHREIBEN

Datum

Name Antragsteller/in

Unterschrift Antragsteller/in

ANLAGE 5

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 Leseeständer	Bildschirmlesegerät, Kamerasysteme Leseeständer
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	Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung

Ab- kür- zung	Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person	Nachweise
	nicht mehr möglich	
GQ	Gleichwertige Qualifikation	Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung Beschreibung und geeigneter Nachweis über Ausbil- dungsinhalte 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 einschlä- gigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestä- tigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betrie- bs/Fachgeschäfts, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.
IMED	Dipl. Ing./in der Fachrichtung Medizin- technik.	Diplom-Urkunde
INT	Informatik B. Eng. mit mindestens dreijäh- riger einschlägiger Berufspraxis im Fach- handel für die VB 07B, 07C und 25F Mit mindestens zweijähriger einschlägi- ger Berufspraxis im Fachhandel für den VB 16A	Urkunde B. Eng. und Nachweis einer mindestens zwei- jährigen bzw. dreijährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel. Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeits-beschreibungen 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 einschlä- gigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestä- tigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betrie- bs/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 Medizin- technik Für den VB 16A mit mindestens zweijäh- riger einschlägiger Berufserfahrung im Fachhandel.	Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung, Für VB 16A Nachweis einer mindestens zweijährigen ein- schlägigen 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.