

Betriebsbegehungsprotokoll zu den Versorgungsbereichen Hörhilfen und Sehhilfen 13A, 25A15, 25E

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

1. Unternehmen/Betriebsstätte

Kundennummer:

Firmenname

Anschrift des Unternehmens

(Straße)

(PLZ, Ort)

Kontaktdaten

(Telefon)

(Telefax)

(E-Mailadresse)

Institutionskennzeichen

Versorgungsbereiche

Scope 3

13A Hörhilfen

Scope 4

25A15 Gläser, Prismen, sonstige Sehhilfen

25E Vergrößernde Sehhilfen, Leseständer

Scope 6: Betriebsbegehung ersetzt Fotodokumentation

16B Signalanlagen für Gehörlose

25B15 Schieltherapeutika

25C15 Vorhänger/Übersetzbrille, Sonstige Hilfsmittel bei Augenerkrankungen

25D15 Kontaktlinsen

25F15 Bildschirmlesegeräte, Kamerasysteme, Leseständer

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 Betriebsbegeher/in

Qualifikation Betriebsbegeher/in

Kontaktdaten Betriebsbegeher/in

(Telefon)

(Telefax)

(E-Mailadresse)

4. Prüfkriterien

4.1 Räumliche Voraussetzungen

Verkaufs-/Empfangsbereich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen (nur 13A, 25A15, 25E)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lager- und Transportmöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen: Die Produkte dürfen nicht zusammen mit Chemikalien gelagert/transportiert werden und müssen vor extremer Hitze, extremem Frost, Sonneneinstrahlung, Nässe, hoher Luftfeuchtigkeit, Verschmutzungen sowie starken magnetischen Feldern geschützt werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte (nicht 25A15-E)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geeigneter Spiegel (nur 25A15, 25D15)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.2 Hörhilfen: Inventar

a) Anpassraum

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

b) Otoplastikarbeitsplatz/Arbeitsplatz für Reparaturen

Otoskop inkl. diverse Trichter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leuchtstab	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tamponade	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Abdruckmaterialien und -geräte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Abdruckspritze und/oder Injektorpistole	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dental- oder Poliermaschine (<i>Handfräse mit geeigneten Aufsätzen wird akzeptiert</i>)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Poliermaterialien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bohrer in unterschiedlichen Größen und Arten (z. B. <i>Spiral- bzw. Rosenbohrer</i>)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fräser (<i>quergeriefte Birnen- und Spitzfräser</i>)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diverse Arbeitsschutzmaterialien (z. B. <i>Schutzbrille, Mundschutz, Gehörschutz</i>)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlauchmaterial mit verschiedenen Durchmessern und Wandstärken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Otoplastikwinkel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlauchweitezange	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pinzettensortiment	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Backenpinzette	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Materialien und Werkzeuge zur Herstellung von Rohlingen aus Ohrabformungen, sofern diese im Betrieb des Hörakustikers erfolgt.

und / oder

Bei **Herstellung von Rohlingen im Labor (zentral oder extern)**

Vorhaltung von (Verpackungs-)Materialien zum sicheren Postversand der Ohrabformung und Vorhaltung von EDV und Geräten zum Einscannen der Ohrabformung zur sicheren Übermittlung der digitalisierten Ohrabformung

Klebstoffe, Lösungsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lacke	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lichtgerät/UV Lichthärtungsgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Reinigungs- und Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ultraschallbad	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.3 Sehhilfen: Inventar

a) Kontaktlinsenplatz (25D15)

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

b) Refraktionsraum (25A15, D15 und E)

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Raum lässt sich abdunkeln | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tageslicht oder tageslichtähnliches Kunstlicht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Höhenverstellbarer Refraktionsstuhl; die Höhenverstellbarkeit kann entfallen, wenn das Refraktometer höhenverstellbar ist. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Skioskop und Skioskopierleisten und/oder Refraktometer
Typ:
Seriennummer*: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Messgläserkasten und Refraktionsmessbrille | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Polarisationsvorhalter (nur 25A15) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kreuzzylinder | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Abgleichleiste | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gerät zur Sehzeichendarbietung
Typ:
Seriennummer*: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Vorrichtung (oder Gerät) zur Prüfung der Sehschärfe in der Nähe inklusive der Beurteilung der Qualität des Binokularesehens (für die Nähe) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Tafeln zur Messung des Vergrößerungsbedarfes (nicht für 25D) ja nein

Tafeln zur Bestimmung des Fernvisus ja nein

Ein Satz Kantenfilter (nicht für 25D15) ja nein

c) Werkstatt (25A15 und 25E)

Werktisch ja nein

Vorrichtung zur Randbearbeitung der Gläser
Typ:
Seriennummer*:

ja nein

Bohrmaschine mit Zubehör
Typ:
Seriennummer*:

ja nein

Poliermaschine ja nein

Rillmaschine, ggf. Facette-Schleifmaschine
Typ:
Seriennummer*:

ja nein

Scheitelbrechwertmessgerät
Typ:
Seriennummer*:

ja nein

Vorrichtung zum Zentrieren der Gläser
Typ:
Seriennummer*:

ja 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.

5. Ergebnis der Betriebsbegehung

Mit Unterzeichnung bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit des Betriebsbegehungsprotokolls sowie die Prüfung der Angaben auf Plausibilität.

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift Betriebsbegeher/in

Unterschrift Betriebsstätte