

## Betriebsbegehungsprotokoll zum Versorgungsbereich Hörhilfen 13A

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 6: Betriebsbegehung ersetzt Fotodokumentation**

16B Signalanlagen für Gehörlose

### 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	<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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### 4.2 Inventar

#### a) Anpassraum

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

**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

\* 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