

## Überwachungsbogen Dokumentenprüfung Hörakustik und Augenoptik

Kundennummer:	
Betriebsstätte:	
Institutionskennzeichen:	

<b>Angaben zur fachlichen Leitung</b>	
Name, Vorname der fachlichen Leitung:	
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 _____

<b>Folgende Änderungen haben sich ergeben</b>	
Verlegung der Betriebsstätte (Standortwechsel)	<input type="checkbox"/>
Erweiterung des Hilfsmittelspektrums	<input type="checkbox"/>
Wechsel des fachlichen Betriebsleiters	<input type="checkbox"/>
Rechtsformänderung/Umfirmierung/Inhaberwechsel	<input type="checkbox"/>
Maßgebliche räumliche Änderungen	<input type="checkbox"/>
Sonstige Veränderung [bitte angeben]:	<input type="checkbox"/>
<b>Es haben sich <u>keine</u> Änderungen ergeben.</b>	<input type="checkbox"/>

<b>Beschwerden</b>	
Mir/uns liegen Beschwerden vor, die mir/uns in Bezug auf die Einhaltung der Präqualifizierungsanforderungen bekannt gemacht wurden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Beschwerden erfolgten durch:	
Folgende Maßnahmen wurden in Bezug auf diese Beschwerden ergriffen:	

<b>Einzureichende Unterlagen</b>	
Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zusätzlich zu dem ausgefüllten und unterzeichneten Überwachungsbogen zu:	<b>Nachweis beigefügt</b>
<b>Anforderungen an die fachliche Leitung:</b> Kopie des Meisterbriefs und Eintragung in die Handwerksrolle/Handwerkskarte/Ausnahmebewilligung der fachlichen Leitung	<input type="checkbox"/>
<b>Betriebshaftpflichtversicherung:</b> Kopie einer aktuellen Versicherungsbestätigung (Betriebshaftpflicht, die ausdrücklich Personen-, Sach- und Vermögensschäden auflistet, den Risikoort sowie den Versicherungszweck nennt und nicht älter als 12 Monate ist)	<input type="checkbox"/>
<b>Foto-/Videodokumentation</b> zu den räumlichen Voraussetzungen und dem Inventar (siehe unten)	<input type="checkbox"/>
<b>Die Foto-/Videodokumentation ist vom (bitte Datum eintragen):</b>	

<p><b>Foto-/Videodokumentation:</b></p> <p>Die Fotos 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 und ggf. aus verschiedenen Perspektiven fotografiert werden.</p>
---

<b>HÖRAKUSTIK</b>				
<b>Fotonachweise für</b>	<b>13A</b>	<b>16B</b>	<b>ggf. Fotobezeichnung/-dateiname</b>	<b>Foto beigefügt</b>
<b>RÄUMLICHE VORAUSSETZUNGEN</b>				
Verkaufs-/ Empfangsbereich	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	<b>x</b>	<b>x</b>		<input type="checkbox"/>
Anpassraum	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
<b>SACHLICHE VORAUSSETZUNGEN</b>				
Messbox	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Otoskop inkl. diverse Trichter	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Leuchtstab	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Abdruckspritze und/oder Injektorpistole und Abdruckmaterialien	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Ultraschallbad	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Lichtgerät/UV Lichthärtungsgerät	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Schlauchweitezange	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Reinigungs- und Desinfektionsmittel	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>

<b>AUGENOPTIK</b>								
<b>Fotonachweise für</b>	<b>25A 15</b>	<b>25B 15</b>	<b>25C 15</b>	<b>25D 15</b>	<b>25E 16</b>	<b>25F 15</b>	<b>ggf. Fotobe- zeichnung/-da- teiname</b>	<b>Foto beige- fügt</b>
<b>RÄUMLICHE VORAUSSETZUNGEN</b>								
Verkaufs-/ Empfangsbereich	x	x	x	x	x	x		<input type="checkbox"/>
Werkstattraum/-platz für Her- stellung, Anpassung und Zu- rüstungen	x				x			<input type="checkbox"/>
Lagermöglichkeit unter Umge- bungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	x	x	x	x	x	x		<input type="checkbox"/>
Einweisungsplatz				x				<input type="checkbox"/>
Refraktionsraum	x			x	x			<input type="checkbox"/>
<b>SACHLICHE VORAUSSETZUNGEN</b>								
Ophthalmometer oder Kerato- graph oder Multifunktionssys- tem				x				<input type="checkbox"/>
Spaltlampenmikroskop				x				<input type="checkbox"/>
Messgläserkasten und Refrak- tionsmessbrille	x			x	x			<input type="checkbox"/>
Kreuzzylinder	x			x	x			<input type="checkbox"/>
Gerät zur Sehzeichendarbie- tung (Sehzeichenprojektor, - tafel. -monitor)	x			x	x			<input type="checkbox"/>
Vorrichtung zur Randbearbei- tung der Gläser (Handschleif- stein oder Schleifautomat)	x				x			<input type="checkbox"/>
Scheitelbrechwertmesser	x				x			<input type="checkbox"/>

**Zusätzlich bitten wir gemäß Risikobewertung folgende Nachweise einzureichen:**

- 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.

---

Datum

Name

Unterschrift