

## **Betriebsbegehungsprotokoll** **zu den Versorgungsbereichen** **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)

Kontaktdaten

(PLZ, Ort)

(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		
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 (NUR 16B)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

#### 4.2 Inventar

##### a) Anpassraum

maximaler Störschallpegel  $\leq 40$  dB/A  ja  nein

Wert: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ dB/A (bitte Kommastelle angeben)

Ton- und Sprachaudiometer mit mind. zwei Freifeldlautsprechern  ja  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.*:		

\*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.

#### **b) Otoplastikarbeitsplatz/Arbeitsplatz für Reparaturen**

Otoskop inkl. diverse Trichter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leuchstab	<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
Backenpinzette	<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
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. Schutzbrille, Mundschutz, Gehörschutz) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 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 |

**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)**

- |   |                           |  |
|---|---------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Vorhaltung von (Verpackungs-)Materialien zum sicheren Postversand der Ohrabformung | <u>und</u><br><u>oder</u> | <input type="checkbox"/> Vorhaltung von EDV und Geräten zum Einscannen der Ohrabformung zur sicheren Übermittlung der digitalisierten Ohrabformung |
|---|---------------------------|--|

## 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