

**Antrag auf Änderung der Präqualifizierung
für die Versorgungsbereiche 13A, 16B und 25A15-F15
nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes
gemäß § 126 Abs. 1 SGB V**

Hinweis: Aus Gründen der Verständlichkeit erfolgen Personenbezeichnungen nur in der männlichen Person; dies schließt die weibliche Form ein.

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 Hörakustik*		
Institutionskennzeichen Augenoptik*:		
Betriebsinhaber/in:		
Betrieb ist bereits präqualifiziert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

*Sollten Sie zwei IK-Nummern haben, geben Sie diese bitte beide an.

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 Hörakustik*:		
Institutionskennzeichen Augenoptik*:		

*Sollten Sie zwei IK-Nummern haben, geben Sie diese bitte beide an.

Folgende Änderung wird beantragt:

- 1. Wechsel der fachlichen Betriebsleitung (bitte Seiten 1-3 und Anhang 1 ausfüllen)
- 2. maßgebliche räumliche Änderungen (bitte Seiten 1-3 und Anhang 2 ausfüllen)
- 3. Rechtsformänderung/Umfirmierung (bitte Seiten 1-3 und Anhang 3 ausfüllen)
- 4. Inhaberwechsel (bitte Seiten 1-3 und Anhang 4 ausfüllen)
- 5. Verschmelzung (bitte Seiten 1-3 und Anhang 5 ausfüllen)

Bitte informieren Sie im Falle von Änderungen zu Punkt 3, 4, und 5 auch die **Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen** unter: www.dguv.de/arge-ik.

Erklärung der Präqualifikationsstelle

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.

Erklärung Leistungserbringer/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 Präqualifikationsstelle 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 Präqualifikationsbedingungen sowie die Entgeltliste in der jeweils aktuellen Version für diesen Antrag und das Präqualifizierungsverfahren anerkenne(n) (siehe <https://www.praeq.de/downloads/>).
- Nur 13A: Ich bin damit einverstanden, dass die präQ GmbH die Daten und Angaben der Präqualifizierung der Bundesinnung der Hörakustiker KdöR weitermeldet.

Datum	Name Leistungserbringer/in	Unterschrift Leistungserbringer/in
-------	----------------------------	------------------------------------

ANHANG 1

Wechsel der fachlichen Leitung

Betrifft folgende Versorgungsbereiche:

Versorgungsbereich	Beschreibung
<input type="checkbox"/> VB 13A	Hörhilfen
<input type="checkbox"/> VB 16B	Signalanlagen für Gehörlose
<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 25E16	Vergrößernde Sehhilfen, Leseständer
<input type="checkbox"/> VB 25F15	Bildschirmlesegeräte, Kamerasysteme, Leseständer

Bisherige fachliche Leitung	
Neue fachliche Leitung	
Qualifikation der fachlichen Leitung: (Siehe auch Anhang 7: Anforderungen an die fachliche Leitung)	<input type="checkbox"/> Hörakustiker-Meister <input type="checkbox"/> Augenoptiker-Meister oder Dipl. Ing. Augenoptik <input type="checkbox"/> Augenarzt/Augenärztin <input type="checkbox"/> Andere Qualifikation _____
Die fachliche Leitung ist freiberuflich tätig.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>EIGENERKLÄRUNG ZUR SICHERSTELLUNG DER ERREICHBARKEIT DER FACHLICHEN LEITUNG IM RAHMEN DER ÜBLICHEN BETRIEBSSZEIT</p> <p>Ich/Wir stelle/n sicher, dass die bzw. eine fachliche Leitung während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist.</p> <p>HINWEIS: Diese Eigenerklärung muss sowohl vom Betriebsinhaber bzw. der juristischen Person sowie der fachlichen Leitung unterzeichnet werden.</p>	
Name (Betriebsinhaber/in/ Geschäftsführung/ Bevollmächtigter/r)	rechtsgültige Unterschrift (Betriebsinhaber/in/ Geschäftsführung/ Bevollmächtigter/r)
Unterschrift fachliche Leitung	

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

- Kopie der Gewerbeanmeldung, sofern es sich um einen Gewerbebetrieb handelt oder des Handelsregistrauszugs 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. berufliche Anforderung gemäß Anhang 7: Anforderungen an die fachliche Leitung).

HINWEIS

Die fachliche Leitung muss grundsätzlich im Rahmen der üblichen Betriebszeiten zur Verfügung stehen. Werden mehrere fachliche Leitungen für einen Versorgungsbereich (auf weiteren Anträgen) benannt, kann die fachliche Leitung auch durch Teilzeitkräfte ausgeübt werden. Es muss dann aber durch die Gesamtarbeitszeit und deren Verteilung sichergestellt sein, dass die fachliche Leitung während der gesamten Betriebszeiten anwesend bzw. erreichbar sind.

Grundsätzlich können freiberuflich Tätige als fachliche Leitung für eine oder mehrere Betriebsstätten benannt werden. Hier muss der Vertrag zwischen dem Unternehmen und dem freiberuflich Tätigen eine Regelung zur Einhaltung der Anforderungen an die fachliche Leitung gemäß den Empfehlungen nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V enthalten. Weiterhin müssen Regelungen zur Organisationsstruktur schriftlich definiert worden sein. Grundsätzlich sind berufsrechtliche Vorgaben zu beachten.

Ist berufsrechtlich eine Anwesenheitspflicht in einem anderen Betrieb vorgeschrieben, kann die fachliche Leitung nicht gleichzeitig für diese Betriebsstätte fachliche Leitung sein, es sei denn, die zuständige Behörde genehmigt dies bzw. bestätigt die Unbedenklichkeit.

ANHANG 2

Maßgebliche räumliche Änderung

die die Präqualifizierungskriterien gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V berühren (wie Umbau, Erweiterung der Geschäftsräume)

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

- Grundrisskizze oder Raumskizze
- Falls sich etwas im Mietvertrag geändert haben sollte: Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszug
- Foto-/Videodokumentation für die Versorgungsbereiche 16B, 25B15, 25C15, 25D15 und/oder 25F15, falls diese allein betroffen sind (siehe Anhang 6 Fotodokumentation).

Sowohl räumliche Voraussetzungen als auch Inventar müssen in jeder Betriebsstätte vorgehalten werden. Geprüft werden diese für die **VB 13A, 25A15 und 25E16** im Rahmen einer **Betriebsbegehung** und können auf Wunsch des Kunden auch für die VB 16B, 25B15, 25C15, 25D15 und 25F15 mit geprüft werden.

ANHANG 3

Rechtsformänderung/Umfirmierung

Bisherige Rechtsform/Firmierung
Neue Rechtsform/Firmierung
Dies gilt für folgende Filialen (Bitte tragen Sie die Straße, Hausnummer und Ort ein):

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

- Kopie der Gewerbeanmeldung, sofern es sich um einen Gewerbebetrieb handelt oder des Handelsregisterauszugs oder der Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes (**Handwerksrolle mit Angabe der fachlichen Leitung**¹ oder Industrie- und Handelskammer u. ä.) oder Eigenerklärung bei Gewerbebetreibenden, die nicht zum Eintrag verpflichtet sind oder Erklärung der Zugehörigkeit zu freien Berufen, 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)
- 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 Risikoort sowie den Versicherungszweck nennt und nicht älter als 12 Monate ist)
- Eigenerklärungen

Informieren Sie auch bitte die **Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen** über die Änderung unter: www.dguv.de/arge-ik

¹ Sollte die Umfirmierung/Rechtsformänderung mehrere Filialen betreffen, reichen Sie bitte für jede Filiale die aktuelle Handwerksrolle mit Angabe der fachlichen Leitung ein.

ANHANG 4

Inhaberwechsel

Der Wechsel der Inhaberin/des Inhabers tritt in Kraft am:	
--	--

DATUM

--	--

Name, Vorname (bisherige/r Inhaber/in)

Unterschrift (bisherige/r Inhaber/in)

--	--

Name, Vorname (neue/r Inhaber/in)

Unterschrift (neue/r Inhaber/in)

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

- Antrag Neukunde Teil I
- Kopie der Gewerbeanmeldung, 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, 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)
- 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 Risikoort sowie den Versicherungszweck nennt und nicht älter als 12 Monate ist)
- Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszug
- Eigenerklärungen
- Kurzbeschreibungen

Die präQ prüft, ob eine zusätzliche **Betriebsbegehung** und die Einreichung weiterer Dokumente notwendig sind. Diese würden wir in Absprache mit Ihnen in die Wege leiten.

Informieren Sie auch bitte die **Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen** über die Änderung unter: www.dguv.de/arge-ik

ANHANG 5

Verschmelzung

Verschmelzung mit folgendem Unternehmen

a) Verschmelzung zweier Unternehmen, die beide bei der präQ präqualifiziert sind

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

- Kopie der Gewerbeanmeldung, 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 Gewerbsteuer abgeführt wurde).
- Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 GewO (nicht älter als **drei** Monate)
- Handelsregisterauszug
- 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)
- Eigenerklärungen

Informieren Sie auch bitte die **Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen** über die Änderung unter: www.dguv.de/arge-ik

b) Verschmelzung zweier Unternehmen, die bei unterschiedlichen PQ-Stellen präqualifiziert sind

Hier muss ein neuer Antrag gestellt werden und alle Unterlagen müssen vollumfänglich eingereicht werden.

Die präQ prüft, ob eine zusätzliche **Betriebsbegehung** notwendig ist. Diese würden wir in Absprache mit Ihnen in die Wege leiten.

Informieren Sie auch bitte die **Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen** über die Änderung unter: www.dguv.de/arge-ik

ANHANG 6

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.

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

Fotonachweise für	16B	25B 15	25C 15	25D 15	25F 15	ggf. Foto- /Videobezeich- nung/-datei- name	Foto/Video beigefügt
RÄUMLICHE VORAUSSETZUNGEN							
Verkaufs-/ Empfangsbereich	x	x	x	x	x		<input type="checkbox"/>
Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedin- gungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	x	x	x	x	x		<input type="checkbox"/>
Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte	x				x		<input type="checkbox"/>
geeigneter Spiegel zur Hilfsmittelanpassung				x			<input type="checkbox"/>
Refraktionsraum				x			<input type="checkbox"/>
AUSSTATTUNGSVORAUSSETZUNGEN							
Kontaktlinsenarbeitsplatz							
Einweisungsplatz				x			<input type="checkbox"/>
Ophthalmometer				x			<input type="checkbox"/>
Spaltlampenmikroskop				x			<input type="checkbox"/>
Vorrichtung zur Prüfung auf Einhaltung der Kontaktlinsenparameter und zur Qualitäts- kontrolle der Kontaktlinsen				x			<input type="checkbox"/>

Fotonachweise für	16B	25B 15	25C 15	25D 15	25F 15	ggf. Foto- /Videobezeich- nung/-datei- name	Foto/Video beigefügt
Refraktionsraum							
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"/>
Skiaskop und Skiaskopierleisten 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 Binokularesehens (für die Nähe)				x			<input type="checkbox"/>
Tafeln zur Bestimmung des Fernvisus				x			<input type="checkbox"/>

ANHANG 7

Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person

13A	16B	25A15	25B15	25C15	25D15	25E16	25F15
Hörhilfen	Signalanlagen für Gehörlose	Gläser und Prismen, Sonstige Sehhilfen	Schielltherapeutika	Vorhänger/Übersetzbrille Sonstige Hilfsmittel bei Augen- erkrankungen	Kontaktlinsen	vergrößernde Sehhilfen, Leseständer	Bildschirmlesegeräte Kamerasysteme Leseständer
HAM	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, PTA, GKA, TMED, TBT, EM, HAM, GQ	AOM, IAO	AOM, IAO, GQ	APO, AOM, IAO, PZI, GQ	AOM, IAO, AA, GQ	AOM, IAO, GQ	IMED, BMT, TMED, TBT, EM, IK, ITSK, ELT, INT, AOM, IAO, GQ

Abkürzung	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./ Medizintechnik B. Eng.	Urkunde B. Sc./Urkunde B. Eng.
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 nicht mehr möglich	Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung
FS	Fachverkäufer/-in Sanitätsfachhandel	Nachweis über eine mindestens fünfjährige einschlägige Berufspraxis in der Hilfsmittelabgabe und -versorgung im betreffenden Versorgungsbereich (z. B. Fachhandel, Apotheke). Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebs/Fachgeschäfts, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.
GKA	Gesundheits- und Krankenpfleger/-in Altenpfleger/-in	Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung

Abkürzung	Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person	Nachweise
GQ	Gleichwertige Qualifikation	Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung Beschreibung und geeigneter Nachweis über Ausbildungsinhalte und Gleichwertigkeit
HAM	Hörakustiker-Meister/-in	Handwerksrolleneintrag bzw. Berufsurkunde über die Meisterqualifikation
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 einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebs/ Fachgeschäfts, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.
IMED	Dipl. Ing./in der Fachrichtung Medizintechnik.	Diplom-Urkunde
INT	Informatik B. Eng. mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel für die VB 07B, 07C und 25F15. 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.
IOTR	Dipl.-Ing./-in für Orthopädie- und Reha-Technik	Diplom-Urkunde
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 einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebs/Fachgeschäfts, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.

Abkürzung	Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person	Nachweise
OT	Orthopädietechniker/-in	Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung
OTM	Orthopädietechnikermeister/in	Handwerksrolleneintrag bzw. Berufsurkunde über die Meisterqualifikation oder Ausnahmebewilligung gemäß § 8 HwO
PTA	Pharmazeutisch-technische/-r Assistent/-in mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung im einschlägigen Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe	Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung und Nachweis über eine mindestens dreijährige einschlägige Berufspraxis in der Hilfsmittelabgabe und -versorgung im betreffenden Versorgungsbereich (z. B. Fachhandel, Apotheke). Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebes/Fachhandels, in denen 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 Medizintechnik Für den VB 16A mit mindestens zweijähriger einschlägiger Berufserfahrung im Fachhandel.	Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung, Für VB 16A Nachweis einer mindestens zweijährigen 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.