

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

55122 Mainz

(Straße)

(PLZ Ort)

06131 58888-0

info@praeq.de

(Telefon)

(E-Mailadresse)

Ggf. Institutionskennzeichen

590731992

Name Betriebsbegeher/in

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 ≤ 40 dB/A ja nein

Wert: _____ , _____ dB/A (bitte Kommastelle angeben)

Ton- und Sprachaudiometer mit mind. zwei Freifeldlautsprechern ja nein

Typ:

Seriennr.*

Messbox ja nein

Typ:

Seriennr.*:

Insitu-Anlage ja nein

Typ:

Seriennr.*:

Programmiereinheit zum Programmieren von digitalen Hörgeräten mit Programmierschnittstelle ja 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
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
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 (<i>z. B. 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 (<i>z. B. Schutzbrille, Mundschutz, Gehörschutz</i>)	<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)**

Vorhaltung von (Verpackungs-)Materialien zum sicheren Postversand der Ohrabformung und oder 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