

Betriebsbegehungsprotokoll
zu den Versorgungsbereichen
Hörhilfen und Sehhilfen 13A, 25A15, 25E16

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 4

25A15 Gläser, Prismen, sonstige Sehhilfen

25E16 Vergrößernde Sehhilfen, Leseständer

Scope 6: Betriebsbegehung ersetzt Fotodokumentation

16B Signalanlagen für Gehörlose

25B15 Schieltherapeutika

25C15 Vorhänger/Übersetzbrille, Sonstige Hilfsmittel bei Augenerkrankungen

25D15 Kontaktlinsen

25F15 Bildschirmlesegeräte, Kamerasysteme, Leseständer

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 (nur 13A, 25A15, 25E16)	<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, 25F15)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geeigneter Spiegel, für Kontaktlinsen KEIN Handspiegel (NUR 25A15, 25D15)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.2 Hörhilfen: 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.*:

b) Otoplastikarbeitsplatz/Arbeitsplatz für Reparaturen

- Otoskop inkl. diverse Trichter ja nein
- Leuchstab ja nein
- Tamponade ja nein
- Abdruckmaterialien und -geräte ja nein
- Abdruckspritze und/oder Injektorpistole ja nein
- Backenpinzette ja nein
- Schlauchmaterial mit verschiedenen Durchmessern und Wandstärken ja nein
- Otoplastikwinkel ja nein
- Schlauchweitezange ja nein
- Pinzettensortiment ja nein
- Dental- oder Poliermaschine (*Handfräse mit geeigneten Aufsätzen wird akzeptiert*) ja nein
- Poliermaterialien ja nein
- Bohrer in unterschiedlichen Größen und Arten (z. B. *Spiral- bzw. Rosenbohrer*) ja nein
- Fräser (*quergeriefte Birnen- und Spitzfräser*) ja nein
- Diverse Arbeitsschutzmaterialien (z. B. *Schutzbrille, Mundschutz, Gehörschutz*) ja nein
- Klebstoffe, Lösungsmittel ja 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>
<u>oder</u> | <input type="checkbox"/> Vorhaltung von EDV und Geräten zum Einscannen der Ohrabformung zur sicheren Übermittlung der digitalisierten Ohrabformung |
|---|---------------------------|--|

4.3 Sehhilfen: Inventar

a) Kontaktlinsenplatz (25D15)

Einweisungsplatz ja nein

Ophthalmometer ja nein

Typ:

Seriennummer*:

Spaltlampenmikroskop ja nein

Typ:

Seriennummer*:

Vorrichtung zur Prüfung auf Einhaltung der Kontaktlinsenparameter und zur Qualitätskontrolle der Kontaktlinsen (1. Durchmesserlehre oder Messokular, 2. Halterung für Keratograph oder Ophthalmometer oder Spaltlampenmikroskop, 3. Scheitelbrechwertmesser je nach Modell mit separatem Messaufsatz) ja nein

Zubehör zur sachgerechten Reinigung und Sterilisation/Desinfektion (wenigstens aktuelle Pflegemittel und Handwaschbecken) ja nein

b) Refraktionsraum (25A15, D15 und E16)

Raum lässt sich abdunkeln ja nein

Tageslicht oder tageslichtähnliches Kunstlicht ja nein

Höhenverstellbarer Refraktionsstuhl; die Höhenverstellbarkeit kann entfallen, wenn das Refraktometer höhenverstellbar ist. ja nein

Skiaskop und Skiaskopierleisten und/oder Refraktometer ja nein

Typ:

Seriennummer*:

Messgläserkasten und Refraktionsmessbrille ja nein

Polarisationsvorhalter (nur 25A15) ja nein

Kreuzzylinder ja nein

Abgleichleiste ja nein

Gerät zur Sehzeichendarbietung ja nein

Typ:

Seriennummer*:

Tafeln zur Bestimmung des Fernvisus ja nein

Vorrichtung (oder Gerät) zur Prüfung der Sehschärfe in der Nähe inklusive der Beurteilung der Qualität des Binokularesehens (für die Nähe) ja nein

Tafeln zur Messung des Vergrößerungsbedarfes (nicht für 25D) ja nein

Ein Satz Kantenfilter (nicht für 25D15) ja nein

c) Werkstatt (25A15 und 25E16)

Werktisch ja nein

Vorrichtung zur Randbearbeitung der Gläser ja nein

Typ:

Seriennummer*:

Bohrmaschine mit Zubehör ja nein

Typ:

Seriennummer*:

Poliermaschine ja nein

Rillmaschine, ggf. Facette-Schleifmaschine

ja

nein

Typ:

Seriennummer*:

Scheitelbrechwertmessgerät

ja

nein

Typ:

Seriennummer*:

Vorrichtung zum Zentrieren der Gläser (Tracer oder Schleifautomat
mit integrierter Funktion oder Astralonscheiben mit wasserfestem Stift)

ja

nein

Typ:

Seriennummer*:

* 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