

**Betriebsbegehungsprotokoll**  
**zu den Versorgungsbereichen**  
**Hörhilfen und Sehhilfen 13A18, 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**

13A18 Hörhilfen

**Scope 4**

25A15 Gläser, Prismen, sonstige Sehhilfen

25E16 Vergrößernde Sehhilfen, Leseständer

**Scope 6: Betriebsbegehung ersetzt Fotodokumentation**

13B18 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 ( <b>NUR 13B18, 25F15</b> )	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geeigneter Spiegel, für Kontaktlinsen KEIN Handspiegel ( <b>NUR 25A15 und 25D15</b> )	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

#### 4.2 Hörhilfen: 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.*:		

**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 ( <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)**

- |   |                           |  |
|---|---------------------------|--|
| <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 |
|---|---------------------------|--|

### 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