

## Überwachungsbogen Dokumentenprüfung Hörakustik<sup>1</sup>

Kundennummer:	
Betriebsstätte:	
Institutionskennzeichen:	

Angaben zur fachlichen Leitung	
Name, Vorname der fachlichen Leitung:	
Qualifikation der fachlichen Leitung	<input type="checkbox"/> Hörakustiker-Meister/in <input type="checkbox"/> Andere Qualifikation _____

Folgende Änderungen haben sich ergeben	
Verlegung der Betriebsstätte (Standortwechsel)	<input type="checkbox"/>
Erweiterung des Hilfsmittelspektrums	<input type="checkbox"/>
Wechsel des fachlichen Betriebsleiters	<input type="checkbox"/>
Rechtsformänderung/Umfirmierung/Inhaberwechsel	<input type="checkbox"/>
Maßgebliche räumliche Änderungen	<input type="checkbox"/>
Sonstige Veränderung [bitte angeben]:	<input type="checkbox"/>
<b>Es haben sich <u>keine</u> Änderungen ergeben.</b>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Versorgungsbereich 13A18 zusammen mit 13B18 falls zutreffend

<b>Beschwerden</b>	
Mir/uns liegen Beschwerden vor, die mir/uns in Bezug auf die Einhaltung der Präqualifizierungsanforderungen bekannt gemacht wurden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Beschwerden erfolgten durch:	
Folgende Maßnahmen wurden in Bezug auf diese Beschwerden ergriffen:	

<b>Einzureichende Unterlagen</b>	
Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zusätzlich zu dem ausgefüllten und unterzeichneten Überwachungsbogen zu:	<b>Nachweis beigefügt</b>
<b>Anforderungen an die fachliche Leitung:</b> Eintragung in die Handwerksrolle mit Angabe des fachlichen Betriebsleiters als Nachweis für die berufsrechtlichen Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>
<b>Betriebshaftpflichtversicherung:</b> 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)	<input type="checkbox"/>
<b>Foto-/Videodokumentation</b> <u>nicht älter als 3 Monate</u> zu den räumlichen Voraussetzungen und dem Inventar (siehe unten)	<input type="checkbox"/>
<b>Die Foto-/Videodokumentation ist vom (bitte Datum eintragen):</b>	

<p><b>Foto-/Videodokumentation:</b></p> <p>Die Fotos zu den räumlichen und sachlichen Voraussetzungen sollen beschriftet und dürfen <b>nicht älter als drei Monate</b> 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/gedreht werden, müssen aber eindeutig erkennbar sein. Bitte achten Sie auf Größe und Schärfe. Die Räume sollten in ihrer Gesamtheit erfasst und ggf. aus verschiedenen Perspektiven fotografiert werden.</p>
--

<b>Foto-/Videonachweise für</b>	<b>13A 18</b>	<b>13B 18</b>	<b>ggf. Foto-/Video- bezeichnung/-da- teiname</b>	<b>Foto/Vi- deo bei- gefügt</b>
<b>RÄUMLICHE VORAUSSETZUNGEN</b>				
Verkaufs-/ Empfangsbereich	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	<b>x</b>	<b>x</b>		<input type="checkbox"/>
Anpassraum	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>

<b>SACHLICHE VORAUSSETZUNGEN</b>				
Messbox	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Otoskop inkl. diverse Trichter	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Leuchtstab	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Abdruckspritze und/oder Injektorpistole und Abdruckmaterialien	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Ultraschallbad	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Lichtgerät/UV Lichthärtungsgerät	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Schlauchweitezange	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>
Reinigungs- und Desinfektionsmittel	<b>x</b>			<input type="checkbox"/>

**Zusätzlich bitten wir gemäß Risikobewertung folgende Nachweise einzureichen:**

- Ich/Wir erkläre(n), dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und wahrheitsgemäß erfolgt sind. Über alle relevanten Änderungen werde(n) ich/wir die Präqualifizierungsstelle unverzüglich schriftlich informieren.
- Mir/Uns ist bekannt, dass falsche Angaben zur Einschränkung, Aussetzung oder Rücknahme der Präqualifizierung führen.

---

Datum

Name

Unterschrift