

Überwachungsbogen Dokumentenprüfung Hörakustik und Augenoptik

Kundennummer:	
Betriebsstätte:	
Institutionskennzeichen:	

Angaben zur fachlichen Leitung	
Name, Vorname der fachlichen Leitung:	
Qualifikation der fachlichen Leitung	☐ Hörakustiker-Meister/in ☐ Augenoptiker-Meister/in oder Dipl. Ing. Augenoptik ☐ Andere Qualifikation _____

Folgende Änderungen haben sich ergeben	
Verlegung der Betriebsstätte (Standortwechsel)	☐
Erweiterung des Hilfsmittelspektrums	☐
Rechtsformänderung/Umfirmierung/Inhaberwechsel	☐
Maßgebliche räumliche Änderungen	☐
Sonstige Veränderung [bitte angeben]:	☐
Es haben sich <u>keine</u> Änderungen ergeben.	☐

Wechsel der fachlichen Betriebsleitung		☐
Bisherige fachliche Leitung:		
Neue fachliche Leitung:		
EIGENERKLÄRUNG ZUR SICHERSTELLUNG DER ERREICHBARKEIT DER FACHLICHEN LEITUNG IM RAHMEN DER ÜBLICHEN BETRIEBSSZEIT¹ Ich/Wir stelle/n sicher, dass die bzw. eine fachliche Leitung während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist.		
Name (Betriebsinhaber/in/ Geschäftsführung/ Bevollmächtigter/r)	rechtsgültige Unterschrift (Betriebsinhaber/in/ Geschäftsführung/ Bevollmächtigter/r)	Unterschrift fachliche Leitung

¹ Diese Eigenerklärung muss sowohl vom Betriebsinhaber bzw. der juristischen Person als auch der fachlichen Leitung unterzeichnet werden.

Beschwerden	
Mir/uns liegen Beschwerden vor, die mir/uns in Bezug auf die Einhaltung der Präqualifizierungsanforderungen bekannt gemacht wurden.	☐ ja ☐ nein
Die Beschwerden erfolgten durch:	
Folgende Maßnahmen wurden in Bezug auf diese Beschwerden ergriffen:	

Einzureichende Unterlagen	
Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zusätzlich zu dem ausgefüllten und unterzeichneten Überwachungsbogen zu:	Nachweis beigefügt
Anforderungen an die fachliche Leitung: Eintragung in die Handwerksrolle mit Angabe des fachlichen Betriebsleiters als Nachweis für die berufsrechtlichen Voraussetzungen	☐
Betriebshaftpflichtversicherung: 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)	☐
Foto-/Videodokumentation zu den räumlichen Voraussetzungen und dem Inventar (siehe unten)	☐
Die Foto-/Videodokumentation ist vom (bitte Datum eintragen):	

Foto-/Videodokumentation: Die Fotos 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 und ggf. aus verschiedenen Perspektiven fotografiert werden.
--

HÖRAKUSTIK				
Fotonachweise für	13A	13B	ggf. Fotobezeichnung/-dateiname	Foto beigefügt
RÄUMLICHE VORAUSSETZUNGEN				
Verkaufs-/ Empfangsbereich	x			☐
Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen	x			☐
Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	x	x		☐
Anpassraum	x			☐
SACHLICHE VORAUSSETZUNGEN				
Messbox	x			☐
Otoskop inkl. diverse Trichter	x			☐
Leuchtstab	x			☐
Abdruckspritze und/oder Injektorpistole und Abdruckmaterialien	x			☐
Ultraschallbad	x			☐
Lichtgerät/UV Lichthärtungsgerät	x			☐
Schlauchweitezange	x			☐
Reinigungs- und Desinfektionsmittel	x			☐

AUGENOPTIK								
Fotonachweise für	25A	25B	25C	25D	25E	25F	ggf. Fotobezeichnung/-dateiname	Foto beige-fügt
RÄUMLICHE VORAUSSETZUNGEN								
Verkaufs-/ Empfangsbereich	x	x	x	x	x	x		☐
Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zusrüstungen	x				x			☐
Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	x	x	x	x	x	x		☐
Einweisungsplatz				x				☐
Refraktionsraum	x			x	x			☐
SACHLICHE VORAUSSETZUNGEN								
Zubehör zur sachgerechten Reinigung und Sterilisation/Desinfektion (wenigstens aktuelle Pflegemittel und Handwaschbecken)				x				☐
Spaltlampenmikroskop				x				☐
Messgläserkasten und Refraktionsmessbrille	x			x	x			☐
Kreuzzylinder	x			x	x			☐
Gerät zur Sehzeichendarbietung (Sehzeichenprojektor, -tafel, -monitor)	x			x	x			☐
Vorrichtung zur Randbearbeitung der Gläser (Handschleifstein oder Schleifautomat)	x				x			☐
Scheitelbrechwertmesser	x				x			☐

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