

## Überwachungsbogen Dokumentenprüfung 13B

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Kundennummer:            |  |
| Betriebsstätte:          |  |
| Institutionskennzeichen: |  |

| Angaben zur fachlichen Leitung                                                                   |                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name der fachlichen Leitung:                                                                     |                                                                                                                                |
| Qualifikation der fachlichen Leitung (siehe auch Anlage Anforderungen an die fachliche Leitung): | <input type="checkbox"/> OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, GKA, MT, ELE, HAM, GQ<br><input type="checkbox"/> Andere Qualifikation: |

| Folgende Änderungen haben sich ergeben                |                          |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|
| Verlegung der Betriebsstätte (Standortwechsel)        | <input type="checkbox"/> |
| Erweiterung des Hilfsmittelspektrums                  | <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"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Wechsel der fachlichen Betriebsleitung</b>                                                                                                                                                                                                            |                                                                                            | <input type="checkbox"/>       |
| Bisherige fachliche Leitung:                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                                |
| Neue fachliche Leitung:                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |                                |
| <b>EIGENERKLÄRUNG ZUR SICHERSTELLUNG DER ERREICHBARKEIT DER FACHLICHEN LEITUNG IM RAHMEN DER ÜBLICHEN BETRIEBSSZEIT<sup>1</sup></b><br>Ich/Wir stelle/n sicher, dass die bzw. eine fachliche Leitung während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist. |                                                                                            |                                |
| Name (Betriebsinhaber/in/<br>Geschäftsführung/ Bevollmächtigter/r)                                                                                                                                                                                       | rechtsgültige Unterschrift<br>(Betriebsinhaber/in/ Geschäftsführung/<br>Bevollmächtigte/r) | Unterschrift fachliche Leitung |

<sup>1</sup> 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. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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       |
| <b>Anforderungen an die berufsrechtlichen Voraussetzungen:</b><br><u>Bei Meisterqualifikation:</u> Handwerksrolleneintrag mit Angabe der fachlichen Leitung (bzw. zusätzlich Nachweis der entsprechenden Qualifikation (siehe Anlage)<br><u>Alle Übrigen:</u> Gewerbeanmeldung und Nachweis der entsprechenden Qualifizierung (siehe Anlage Anforderungen an den fachlichen Leiter/die verantwortliche Person gemäß GKV-Kriterienkatalog) | <input type="checkbox"/> |
| <b>Betriebshaftpflichtversicherung:</b><br>aktuelle Versicherungsbestätigung - Betriebshaftpflicht, die <b>ausdrücklich Personen-, Sach- und Vermögensschäden</b> auflistet, den <b>Risikoort (Adresse/n der Betriebsstätte/n bzw. Angabe, dass alle Standorte inkludiert sind)</b> sowie den <b>Versicherungszweck</b> nennt und nicht älter als 12 Monate ist                                                                           | <input type="checkbox"/> |
| <b>Foto-/Videodokumentation</b> zu den räumlichen Voraussetzungen und dem Inventar (siehe unten)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> |
| <b>Die Foto-/Videodokumentation ist vom (bitte Datum eintragen):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |

### 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 werden.

| Foto-/Videonachweis für folgende Voraussetzungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ggf. Foto-/Videobezeichnung/-dateiname | Fotos beigefügt          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|
| <p>Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen.</p> <p>Die Produkte werden nicht zusammen mit Chemikalien gelagert/ transportiert und werden vor extremer Hitze, extremem Frost, Sonneneinstrahlung, Nässe, hoher Luftfeuchtigkeit; Verschmutzungen sowie starken magnetischen Feldern geschützt.</p> |                                        | <input type="checkbox"/> |
| Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        | <input type="checkbox"/> |

- ☐ 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

### ANLAGE

Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person

## ANLAGE

### Anforderungen an den fachlichen Leiter/die verantwortliche Person gemäß GKV-Kriterienkatalog

| Ab-kür-zung | Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Nachweise                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BMT         | Biomedizinische Technik<br>B.Sc./Medizin-technik B. Eng.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Urkunde B. Sc./Urkunde B. Eng.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ELE         | Eine mindestens regulär dreijährige, duale oder akademische Ausbildung in den Berufsfeldern Elektro, Elektrotechnik und/oder Elektronik mit 5jähriger einschlägiger Berufspraxis oder mit Zusatzqualifikation "MTcert®". Mit mindestens zweijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel für den VB 16A                                                                                                          | Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung bzw. Nachweis über abgeschlossenes Studium/akademische Ausbildung und Nachweis einer mindestens zweijährigen (VB 16A) bzw. fünfjährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel oder Nachweis der Zusatzqualifikation "MT cert®".<br>Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebs/Fachhandels, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.                                                                                                                                                                                                                         |
| FS          | Kauffrau/-mann Einzelhandel mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder Fachverkäufer/in Sanitätsfachhandel oder<br>ohne einschlägige Berufsausbildung mit mindestens fünfjähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe oder Fachberater/in im Sanitätshaus (HWK) mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel | Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung und Nachweis über eine mindestens dreijährige einschlägige Berufspraxis oder Nachweis der erfolgreich bestanden Prüfung als Fachberater/in im Sanitätshaus (HWK) und über eine mindestens dreijährige einschlägige Berufspraxis oder ohne einschlägige Berufsausbildung mit Nachweis über eine mindestens fünfjährige einschlägige Berufspraxis in der Hilfsmittelabgabe und -versorgung im betreffenden Versorgungsbereich (z. B. Fachhandel, Apotheke). Als Nachweis der einschlägigen Berufs-praxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebes/Fachhandels, in denen die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden. |
| GKA         | Gesundheits- und Krankenpfleger/-in<br>Altenpfleger/-in                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| GQ          | Gleichwertige Qualifikation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung Beschreibung und geeigneter Nachweis über Ausbildungsinhalte und Gleichwertigkeit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| HAM         | Hörakustiker-Meister/-in                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Handwerksrolleneintrag bzw. Berufsurkunde über die Meisterqualifikation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| <b>Ab-kür-<br/>zung</b> | <b>Anforderungen an die fachliche<br/>Leitung/verantwortliche Person</b>                                                                                                                                                                                            | <b>Nachweise</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IMED                    | Dipl. Ing./in der Fachrichtung Medizintechnik.                                                                                                                                                                                                                      | Diplom-Urkunde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| MT                      | Eine mindestens zweijährige Weiterbildung zur Technikerin/zum Techniker Fachrichtung Medizintechnik oder mindestens einen Bachelor-Abschluss im Bereich Medizintechnik<br>Für den VB 16A mit mindestens zweijähriger einschlägiger Berufserfahrung im Fachhandel MT | Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung oder Urkunde über den Bachelor-Abschluss<br>Für VB 16A Nachweis einer mindestens zweijährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel.<br>Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebs/Fachhandels, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden. |
| IOTR                    | Dipl.-Ing./-in für Orthopädie- und Reha-Technik                                                                                                                                                                                                                     | Diplom-Urkunde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| OT                      | Orthopädietechniker/-in                                                                                                                                                                                                                                             | Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| OTM                     | Orthopädietechnikermeister/in                                                                                                                                                                                                                                       | Handwerksrolleneintrag bzw. Berufsurkunde über die Meisterqualifikation oder Ausnahmegewilligung gemäß § 8 HwO                                                                                                                                                                                                                                                                                      |