

Überwachungsbogen Dokumentenprüfung Augenoptik

Kundennummer:	
Betriebsstätte:	
Institutionskennzeichen:	

Angaben zur fachlichen Leitung	
Name, Vorname der fachlichen Leitung:	
Qualifikation der fachlichen Leitung (siehe auch Anlage Anforderungen an die fachliche Leitung)	<input type="checkbox"/> Augenoptiker-Meister/in oder Dipl. Ing. Augenoptik <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"/>
Es haben sich <u>keine</u> Änderungen ergeben.	<input type="checkbox"/>

Wechsel der fachlichen Betriebsleitung		<input type="checkbox"/>
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.	<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
Anforderungen an die berufsrechtlichen Voraussetzungen: Handwerksrolleneintrag mit Angabe der fachlichen Leitung (bzw. zusätzlich Berufsurkunde über die Meisterqualifikation/abgeschlossene Ausbildung bzw. Ausnahmebewilligung)	<input type="checkbox"/>
Betriebshaftpflichtversicherung: aktuelle Versicherungsbestätigung - Betriebshaftpflicht, die ausdrücklich Personen-, Sach- und Vermögensschäden auflistet, den Risikoort (Adresse/n der Betriebsstätte/n bzw. Angabe, dass alle Standorte inkludiert sind) sowie den Versicherungszweck nennt und nicht älter als 12 Monate ist	<input type="checkbox"/>
Foto-/Videodokumentation zu den räumlichen Voraussetzungen und dem Inventar (siehe unten)	<input type="checkbox"/>
Die Foto-/Videodokumentation ist vom (bitte Datum eintragen):	

<p>Foto-/Videodokumentation:</p> <p>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.</p>

Foto-/Videonachweise für	25A	25B	25C	25D	25E	25F	ggf. Foto-/ Videobezeich- nung/-datei- name	Foto beige- fügt
RÄUMLICHE VORAUSSETZUNGEN								
Verkaufs-/ Empfangsbereich	x	x	x	x	x	x		<input type="checkbox"/>
Werkstattraum/-platz für Her- stellung, Anpassung und Zu- rüstungen	x				x	x		<input type="checkbox"/>
Lagermöglichkeit unter Umge- bungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	x	x	x	x	x	x		<input type="checkbox"/>
Einweisungsplatz für Kontakt- linsen				x				<input type="checkbox"/>
Refraktionsraum	x			x	x			<input type="checkbox"/>
SACHLICHE VORAUSSETZUNGEN								
Zubehör zur sachgerechten Reinigung und Sterilisa- tion/Desinfektion (wenigstens aktuelle Kontaktlinsenpflge- mittel und Handwaschbecken)				x				<input type="checkbox"/>
Spaltlampenmikroskop				x				<input type="checkbox"/>
Messgläserkasten und Refrak- tionsmessbrille	x			x	x			<input type="checkbox"/>
Kreuzzylinder	x			x	x			<input type="checkbox"/>
Gerät zur Sehzeichendarbie- tung (Sehzeichenprojektor, - tafel, -monitor)	x			x	x			<input type="checkbox"/>
Vorrichtung zur Randbearbei- tung der Gläser (Handschleif- stein oder Schleifautomat)	x				x			<input type="checkbox"/>
Scheitelbrechwertmesser	x				x			<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