

Überwachungsbogen Dokumentenprüfung Hörakustik und Augenoptik

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"/> 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 BETRIEBSZEIT¹		
Ich/Wir stelle/n sicher, dass die bzw. eine fachliche Leitung während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist.		
Name (Betriebsinhaber/in/ Geschäftsführung/ Bevollmächtigte(r))	rechtsgültige Unterschrift (Betriebsinhaber/in/ Geschäftsführung/ Bevollmächtigte(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. Ausnahmegewilligung)	<input type="checkbox"/>
Betriebshaftpflichtversicherung: aktuelle Versicherungsbestätigung - Betriebshaftpflicht, die ausdrücklich Personen-, Sach- und Vermögensschäden auflistet, den Risikort (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/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>

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

AUGENOPTIK								
Fotonachweise für	25A	25B	25C	25D	25E	25F	ggf. Fotobezeichnung/-dateiname	Foto beigelegt
RÄUMLICHE VORAUSSETZUNGEN								
Verkaufs-/ Empfangsbereich	x	x	x	x	x	x		<input type="checkbox"/>
Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen	x				x	x		<input type="checkbox"/>
Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	x	x	x	x	x	x		<input type="checkbox"/>
Einweisungsplatz für Kontaktlinsen				x				<input type="checkbox"/>
Refraktionsraum	x			x	x			<input type="checkbox"/>
SACHLICHE VORAUSSETZUNGEN								
Zubehör zur sachgerechten Reinigung und Sterilisation/Desinfektion (wenigstens aktuelle Kontaktlinsenpflegemittel und Handwaschbecken)				x				<input type="checkbox"/>
Spallampenmikroskop				x				<input type="checkbox"/>
Messgläserkasten und Refraktionsmessbrille	x			x	x			<input type="checkbox"/>
Kreuzzylinder	x			x	x			<input type="checkbox"/>
Gerät zur Sehzeichendarbietung (Sehzeichenprojektor, -tafel, -monitor)	x			x	x			<input type="checkbox"/>
Vorrichtung zur Randbearbeitung der Gläser (Handschleifstein 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