

Absender:

Name: -----

Straße: -----

PLZ/Ort: -----

IK: -----



Präqualifizierungsstelle des vdek

.....

.....

.....

.....

Entnehmen Sie bitte die entsprechende Anschrift dem folgenden Link
im Internet: <http://www.pqs-hilfsmittel.de/Ansprechpartner/index.htm>

V 1.0.7 ab 01.12.2018

Die aktuelle Entgelttabelle finden Sie unter folgendem Link im Internet:
<https://www.pqs-hilfsmittel.de/PQ/Entgelt.html>

**Präqualifizierungsantrag
Augenoptikermeister/-in
Dipl.-Ing. Augenoptiker/-in**

**nach den Empfehlungen des GKV Spitzenverbandes
gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V**

1. Präqualifizierungsantrag für

- Erstmaliger Antrag auf Präqualifizierung
- Folgepräqualifizierung nach Fristablauf
- Verlegung der Betriebsstätte
- Änderung im Versorgungsumfang
- Wechsel des fachlichen Betriebsleiters
- Rechtsformänderung / Umfirmierung / Inhaberwechsel
- Sonstige Veränderung: -----

Der Antrag wird gestellt zum: -----

Anschrift der Betriebsstätte, für die die Präqualifizierung beantragt wird:

Name des Betriebes: -----

Straße , PLZ/Ort: -----

Telefon: -----

Telefax: -----

Email: -----

Institutionskennzeichen: -----

Betriebsinhaber/in: -----

Betrieb ist bereits präqualifiziert ja nein
(wenn ja, bitte die letztgültige Bestätigung vorlegen)

Angaben zur Rechtsform des Betriebes

Der Betrieb ist

eine Einzelunternehmung

eine Personengesellschaft

eine juristische Person: -----
Gesellschaftsform

Sonstiges: -----
bitte genau bezeichnen

Angaben zum Hauptbetrieb (sofern vorhanden):

Firmenname des
Hauptbetriebs: _____

Anschrift des
Hauptbetriebs: _____
(Straße)

(PLZ, Ort)

Institutionskennzeichen: _____

Rechnungsanschrift (falls abweichend von der Betriebsstätte):

(Straße)

(PLZ, Ort)

In dem Betrieb, für den die Präqualifizierung beantragt wird, sollen folgende Hilfsmittel abgegeben werden:

		Versorgungsbereich	Beschreibung
<input type="checkbox"/>	PG 25	<input type="checkbox"/> 25 A	Gläser und Prismen, sonstige Sehhilfen
		<input type="checkbox"/> 25 B	Schieltherapeutika
		<input type="checkbox"/> 25 C	Okklusionspflaster, Uhrglasverbände
		<input type="checkbox"/> 25 D	Kontaktlinsen
		<input type="checkbox"/> 25 E	Vergrößernde Sehhilfen, Leseständer
		<input type="checkbox"/> 25 F	Elektronisch vergrößernde Sehhilfen, Leseständer

Angaben zur Fachlichen Leitung:

Fachliche/r Leiter/in: _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

Fachliche Qualifikation
des fachlichen Leiters: Augenoptikermeister/-in Dipl.-Ing. Augenoptik

Gleichwertige Qualifikation: _____
(bitte genau bezeichnen)

2. Allgemeine Voraussetzungen

Voraussetzung	vorzulegende Nachweise und Eigenerklärungen	Erfüllung / Nachweise beigelegt
Die berufsrechtlichen Voraussetzungen werden erfüllt	Kopie der Gewerbeanmeldung und bei juristischen Personen des Handelsregisterauszugs sowie der Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes (Handwerksrolle)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sicherstellung, dass die bzw. eine fachliche Leitung während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist.	Eine schriftliche Selbstverpflichtung zur Erreichbarkeit der bzw. einer fachlichen Leitung im Rahmen der üblichen Betriebszeit, die sowohl vom Betriebsinhaber bzw. der juristischen Person sowie der fachlichen Leitung(en) unterzeichnet ist, ist dem Antrag beigelegt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Es besteht eine Betriebshaftpflichtversicherung, die mindestens Personen-, Sach- und Vermögensschäden abdeckt	Kopie eines aktuellen Versicherungsnachweises, der nicht älter als zwölf Monate ist	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Es besteht Insolvenzfreiheit	Ich/Wir erkläre/n, dass kein Insolvenzverfahren oder vergleichbares gesetzlich geregeltes Verfahren eröffnet oder die Eröffnung beantragt worden ist oder der Antrag mangels Masse abgelehnt wurde oder ein Insolvenzplan rechtskräftig bestätigt wurde.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Steuern und Sozialversicherungsbeiträge werden fristgerecht abgeführt	Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir meine/unsere Verpflichtung zur Zahlung von Steuern und Abgaben sowie der Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung, soweit sie der Pflicht zur Beitragszahlung unterliegen, ordnungsgemäß erfüllt habe/n.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die gewerberechtlichen Voraussetzungen werden erfüllt	Bei Gewerbebetreibenden Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 GewO	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Einhaltung des Datenschutzes wird gewährleistet	Ich/Wir verpflichte/n mich/uns zur Wahrung des Datengeheimnis nach den Vorschriften der DS-GVO, u.a. gemäß Art. 5 Absatz 1 lit. a) und f) DS-GVO. Geschützte personenbezogene Daten werde/n ich/ wir nicht zu einem anderen als dem zur jeweiligen rechtmäßigen Auf-	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

	gabenerfüllung gehörenden Zweck verarbeiten, bekannt geben, zugänglich machen oder sonst nutzen. Die Pflicht zur Wahrung des Datengeheimnisses besteht auch nach Beendigung der Tätigkeit fort. Für die Einhaltung des Datenschutzes bin/sind ich/wir selbst verantwortlich.	
Die Voraussetzungen nach § 128 SGB V werden eingehalten	Ich/Wir erkläre/n, dass wir die Regelungen des § 128 SGB V beachten. Wir unterhalten keine Hilfsmitteldepots bei Vertragsärzten, in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen und beteiligen Ärzte nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln und gewähren keine Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. Organisatorische Voraussetzungen

Voraussetzung	vorzulegende Nachweise und Eigenerklärungen	Erfüllung / Nachweise beigelegt
Die zeitnahe Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör sowie von Ersatzteilen wird sichergestellt	Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, die Versorgung mit verordneten Hilfsmitteln und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen zeitnah sicherzustellen. Die Kurzbeschreibung meiner/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigelegt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für die Versorgungsbereiche 25 A, 25 E und 25 F: Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen	Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, sicherzustellen, dass Instandhaltungen und Reparaturen sach- und fachgerecht durchgeführt werden. Die Kurzbeschreibung meiner/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigelegt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereich 25 F: Sicherstellung, dass für wiedereinsetzbare Produkte bei der Aufarbeitung, die med. u. produktrechtl. Anforderungen, insbesondere die Medizinproduktebetreiber-Verordnung sowie die	Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, eine fach- und produktgeeignete Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung sicherzustellen. Die Kurzbeschreibung meiner/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigelegt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

KRINKO-BfARM-Empfehlungen in den jeweils gültigen Fassungen beachtet werden.		
Für Versorgungsbereiche 25 B, 25 C, 25 E und 25 F: Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (konfektionierte Produkte)	Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir bei konfektionierten Hilfsmitteln permanent eine ausreichend große Produktpalette gängiger Produkte zur Auswahl vorhalte/n.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4. Räumliche Voraussetzungen

Voraussetzung	vorzulegende Nachweise	Erfüllung / Nachweise beigelegt
Verkaufs-/Empfangsbereich	Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszug in einfacher Kopie, Grundrisskizze/Raumskizze und einer umfassenden Fotodokumentation der Betriebsstätte- Räume und des notwendigen Inventars insbesondere der Gerätschaften.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereiche 25 B und 25 C: Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereiche 25 A, 25 E und 25 F: Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereiche 25 F: Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Inventar

Kontaktlinsenarbeitsplatz

Nur für Versorgungsbereich 25 D:

Einweisungsplatz ja nein

Ophthalmometer ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Spaltlampenmikroskop ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Vorrichtung zur Prüfung auf Einhaltung der
Kontaktlinsenparameter und zur
Qualitätskontrolle der Kontaktlinsen ja nein

Zubehör zur sachgerechten Reinigung
und Sterilisation/Desinfektion ja nein

geeigneter Spiegel ja nein

Refraktionsraum

Nur für Versorgungsbereiche 25 A, 25 D und 25 E:

Raum lässt sich abdunkeln ja nein

Tageslicht oder tageslichtähnliches Kunstlicht ja nein

Höhenverstellbarer Refraktionsstuhl ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Skiaskop und Skiaskopleisten und/oder Refraktometer ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Messgläserkasten und Refraktionsmessbrille ja nein

Polarisationsvorhalter ja nein
(gilt nicht für Versorgungsbereiche 25 D und 25 E)

Kreuzzylinder ja nein

Abgleichleiste ja nein

Gerät zur Sehzeichendarbietung

ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Vorrichtung zur Prüfung der Sehschärfe in der Nähe
(z.B. Phoropter mit entsprechender Nahprüfeinrichtung)
Binokulartest

ja nein

Tafeln zur Messung des Vergrößerungsbedarfes
(gilt nicht für Versorgungsbereich 25 D)

ja nein

Tafeln zur Bestimmung des Fernvisus

ja nein

Ein Satz Kantenfilter

(gilt nicht für Versorgungsbereich 25 D)

ja nein

geeigneter Spiegel

ja nein

Werkstatt

Nur für Versorgungsbereiche 25 A und 25 E:

Werktisch

ja nein

Vorrichtung zur Randbearbeitung der Gläser

ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Bohrmaschine mit Zubehör

ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Poliermaschine

ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Rillmaschine ggf. Facette-Schleifmaschine

ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Scheitelbrechwertmessgerät

ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Vorrichtung zum Zentrieren der Gläser

ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

6. Erklärung der Präqualifizierungsstelle

Personenbezogene Daten verwenden wir nur zur Beantwortung Ihrer Anfragen und zur Abwicklung mit Ihnen geschlossener Verträge. Ihre Daten werden an Dritte nur weitergegeben oder übermittelt, wenn dies zum Zwecke der Vertragsabwicklung – zum Beispiel im Rahmen von Begehungen – erforderlich ist. Ihre Daten werden nicht zu Werbezwecken an Dritte weitergegeben. Erteilte Einwilligungen können Sie jederzeit widerrufen.

7. Erklärung des Antragstellers / fachlichen Leiters

Ich/wir erkläre(n), dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und wahrheitsgemäß erfolgt sind. Über alle relevanten Änderungen nach § 2 Abs. 8 des Vertrages zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene vom 29.03.2010 werde(n) ich/wir die Präqualifizierungsstelle unverzüglich schriftlich informieren.

Mir/Uns ist bekannt, dass falsche Angaben nach § 2 Abs. 11 des Vertrages zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene vom 29.03.2010 zur Einschränkung, Aussetzung oder Rücknahme der Präqualifizierung führen.

- Ja, ich möchte auch nach Abschluss des beantragten Verfahrens Informationen zum Thema Präqualifizierung erhalten.
- Hiermit bestätige ich, dass ich die **Informationen zum Datenschutz** gelesen habe und diese akzeptiere.

<https://www.pqs-hilfsmittel.de/content/dam/PQS/Dokumente/Hinweise%20zum%20Schutz%20Ihrer%20Daten.pdf>

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

8. Checkliste: Einzureichende Unterlagen

- Letztgültige Präqualifizierungsbestätigung
- Meisterbrief bzw. Ausnahmegenehmigung gemäß Handwerksordnung
- Eintragung in die Handwerksrolle
- Kopie der Gewerbeanmeldung
- Aktueller Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 GewO
- Kopie des Handelsregisterauszugs bei juristischen Personen
- Kopie eines aktuellen Versicherungsnachweises (nicht älter als zwölf Monate mit der Angabe, dass Personen-, Sach- und Vermögensschäden abgedeckt sind)
- Kurzbeschreibung der Maßnahmen zur Sicherstellung der zeitnahen Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen
- Kurzbeschreibung der Maßnahmen zur Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen
- Kurzbeschreibung der Maßnahmen zur Sicherstellung einer fachgerechten und produktgeeigneten Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung
- Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszugs
- Grundrisskizze/Raumskizze
- Fotodokumentation