

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**  
**Dipl.-Ing./-in in der Fachrichtung Medizintechnik**  
**Biomedizinische Technik B.Sc.**  
**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 01	<input type="checkbox"/> 01 A10 <input type="checkbox"/> 01 B10 <input type="checkbox"/> 01 C <input type="checkbox"/> 01 D Milchpumpen Sekret-Absauggeräte Hilfsmittel zur Wunddrainage Absaugkatheter, Absaugrohre für Laryngektomierte, Sonstiges Zubehör, Geschlossene Absaugsysteme
<input type="checkbox"/>	PG 02	<input type="checkbox"/> 02 A <input type="checkbox"/> 02 B <input type="checkbox"/> 02 C Anziehhilfen, Ess- und Trinkhilfen, Rutschfeste Unterlagen, Greifhilfen, Halterungen, Umblättermittel manuell/Blattwender, Schreibhilfen, Mundstab, Leseständer Umblättermittel elektrisch, Bedienungssensoren Umfeldkontrollgeräte für elektrische Geräte
<input type="checkbox"/>	PG 03	<input type="checkbox"/> 03 A <input type="checkbox"/> 03 B <input type="checkbox"/> 03 C8 <input type="checkbox"/> 03 D <input type="checkbox"/> 03 E Spülsysteme, schwerkraft- und pumpenabhängig Spritzen und Zubehör, Pens Transnasale und perkutane Ernährungssonden, Überleitsysteme, Mischsysteme, Zubehör Elektrisch betriebene Spülsysteme Pumpensysteme

<input type="checkbox"/>	PG 04	<input type="checkbox"/> 04 A <input type="checkbox"/> 04 B	Badewannenlifter Badewannensitze, Duschhilfen, Badewanneneinsätze, Sicherheitsgriffe, Aufrichtehilfen
<input type="checkbox"/>	PG 06	<input type="checkbox"/> 06 A	Bestrahlungsgeräte
<input type="checkbox"/>	PG 07	<input type="checkbox"/> 07 A <input type="checkbox"/> 07 B <input type="checkbox"/> 07 10	Blindenlangstöcke elektronische Blindenleitgeräte Blindenhilfsmittel
<input type="checkbox"/>	PG 09	<input type="checkbox"/> 09 A	Elektrostimulationsgeräte
<input type="checkbox"/>	PG 10	<input type="checkbox"/> 10 A  <input type="checkbox"/> 10 B	Gehgestelle, Fahrbare Gehhilfen, Hand- und Gehstöcke, Unterarmgehstützen, Achselstützen Gehwagen, Gehübungsgeräte, Sonstige Gehhilfen
<input type="checkbox"/>	PG 11	<input type="checkbox"/> 11 A  <input type="checkbox"/> 11 B	Hilfsmittel gegen Dekubitus (Statische Positionierungshilfen und Produkte zur Leib-/Rumpfversorgung, Ganzkörperversorgung) Hilfsmittel gegen Dekubitus (Sitzunterstützung, Rückenversorgung)
<input type="checkbox"/>	PG 12	<input type="checkbox"/> 12 A	Hilfsmittel bei Tracheostoma
<input type="checkbox"/>	PG 14	<input type="checkbox"/> 14 A  <input type="checkbox"/> 14 B5  <input type="checkbox"/> 14 C  <input type="checkbox"/> 14 D  <input type="checkbox"/> 14 E <input type="checkbox"/> 14 F <input type="checkbox"/> 14 G	Modulare respiratorische Systeme, Ergänzungen für modulare respiratorische Systeme, Basisgeräte für schlafbezogene Atemstörungen, Atemgasbefeuchter, CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen Konfektionierte Masken zur Adaption respiratorischer Systeme Individuell angefertigte Masken zur Adaption respiratorischer Systeme Aerosol-Inhalationsgeräte, Inhalationshilfen, PEP-Mundsysteme, PEP-Maskensystem Abklopf- und Vibrationsgeräte, In-/Exsufflator Sauerstofftherapiegeräte Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Zubehör zur Erweiterung von Beatmungsgeräten und -modulen, Basisgeräte für Beatmung, modulare, respiratorische Systeme, Atemgasbefeuchter, Spezialgeräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen
<input type="checkbox"/>	PG 15	<input type="checkbox"/> 15 A10  <input type="checkbox"/> 15 B	Inkontinenzhilfen <u>außer</u> Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität
<input type="checkbox"/>	PG 16	<input type="checkbox"/> 16 A <input type="checkbox"/> 16 B	Kommunikationshilfen Signalanlagen für Gehörlose
<input type="checkbox"/>	PG 17	<input type="checkbox"/> 17 E	Apparate zur Kompressionstherapie
<input type="checkbox"/>	PG 18	<input type="checkbox"/> 18 A  <input type="checkbox"/> 18 B	Kranken-/Behindertenfahrzeuge, Rollstühle mit Sitzkante- lung, Pflegerollstühle Toilettenrollstühle, Duschrollstühle
<input type="checkbox"/>	PG 19	<input type="checkbox"/> 19 A	Krankenpflegeartikel (Behindertengerechte Betten, Zurichtungen und Zubehör), Pflegebetten, Zurichtungen und Zubehör, Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung (im Bett), N.N. (Stretch-Lifter)

		<input type="checkbox"/> 19 B8	Krankenpflegeartikel, Produkte zur Hygiene im Bett, Waschsysteme, N.N. (Extremitätenspreizer), Lagerungsrollen, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, sonstige Pflegehilfsmittel
<input type="checkbox"/>	PG 20	<input type="checkbox"/> 20 D <input type="checkbox"/> 20 E	Therapieliegen bei Mukoviszidose Sitzringe
<input type="checkbox"/>	PG 21	<input type="checkbox"/> 21 A  <input type="checkbox"/> 21 B10	Überwachungsgeräte für Vitalfunktionen bei Kindern, Überwachungsgeräte zur nicht-invasiven Blutgaskontrolle, Anfall-Überwachungsgeräte für Epilepsieerkrankte Messgeräte zur Lungenfunktionsmessung, Blutdruckmessgeräte, Blutgerinnungsmessgeräte / Blutzuckermessgeräte, Personenwaagen, Sprachausgaben zu Messgeräten
<input type="checkbox"/>	PG 22	<input type="checkbox"/> 22 A8  <input type="checkbox"/> 22 B8	Umsetz- und Hebehilfen, Aufstehhilfen/-vorrichtungen für Sessel/Stühle Lifter und Zubehör zu Liftern, Rampensysteme, Zwei-/Dreiräder und Zubehör
<input type="checkbox"/>	PG 25	<input type="checkbox"/> 25 F	Elektronisch vergrößernde Sehhilfen, Leseständer
<input type="checkbox"/>	PG 27	<input type="checkbox"/> 27 A	Sprechhilfen
<input type="checkbox"/>	PG 28	<input type="checkbox"/> 28 A	Stehhilfen
<input type="checkbox"/>	PG 29	<input type="checkbox"/> 29 A	Stomaartikel, konfektionierte Stomabandagen
<input type="checkbox"/>	PG 32	<input type="checkbox"/> 32 A <input type="checkbox"/> 32 B	Therapeutische Bewegungsgeräte CPM-Motorbewegungsschienen
<input type="checkbox"/>	PG 33	<input type="checkbox"/> 33 A	Toilettenhilfen
<input type="checkbox"/>	PG 99	<input type="checkbox"/> 99 A <input type="checkbox"/> 99 B <input type="checkbox"/> 99 C <input type="checkbox"/> 99 D <input type="checkbox"/> 99 E <input type="checkbox"/> 99 F <input type="checkbox"/> 99 H <input type="checkbox"/> 99 i	Kopfschutzhelme/-bandagen - konfektionierte Produkte Kiefermuskeltrainer Erektionsringe Vakuum-Erektionssysteme Vaginaltrainer Hilfsmittel zur Anwendung an der Nase Hilfsmittel zur Unterstützung der Herztätigkeit N.N. Läuse- und Nissenkämme

**Angaben zur Fachlichen Leitung:**

Fachliche/r Leiter/in:

---

 Name, Vorname, Geburtsdatum

 Fachliche Qualifikation  
 des fachlichen Leiters:

 Dipl.-Ing./-in in der Fachrichtung Medizintechnik

 Biomedizinische Technik B. Sc.

 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	<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	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 Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck verarbeiten, bekannt geben, zugänglich machen oder sonst nutzen. Die Pflicht zur Wahrung des Datengeheimnisses besteht auch nach Beendigung der Tätigkeit fort.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

	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 Vertrags-ärzten, 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 beigefügt
<b>Für die Versorgungsbereiche 01 B10, 01 C, 01 D, 03 E, 11 A, 11 B, 12 A, 14 A, 14 B5, 14 C, 14 F, 14 G, 18 A, 19 A, 21 A, 27 A, 99 H:</b> Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer Erreichbarkeit und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal	Wir verpflichten uns, einen med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Stunden telefonischer Erreichbarkeit und persönlicher Verfügbarkeit vorzuhalten. Der telefonische und persönliche Notdienst wird durch qualifiziertes und mit den Versorgungen betrautes Personal sichergestellt. Die Servicetelefonnummer(n) des telefonischen Notdienstes lautet/n: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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 beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Für alle Versorgungsbereiche außer 01 C, 01D, 03 A, 03 B, 03 C8, 14 B5, 15 A, 19 B, 29 A, 99 A-F:</b> 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 beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Für alle Versorgungsbereiche außer 01 C, 01 D, 02 A, 03 A, 03 B, 03 C8, 07 A, 12</b>	Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, eine fach- und produktgeeignete Reinigungs- und	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<p><b>A, 14 B5, 14 C, 15 B, 19 B, 20 E, 29 A, 99 A-F und 99 H:</b> Sicherstellung, dass für wieder-einsetzbare Produkte bei der Aufarbeitung, die med. u. produktrechtl. Anforderungen, insbesondere die Medizinproduktebetreiber-VO sowie die KRINKO-BfARM-Empfehlungen in jeweils gültigen Fassungen beachtet werden</p>	<p>Desinfektionsmöglichkeit sowie Wieder-aufarbeitung sicherzustellen. Die Kurzbeschreibung meiner/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.</p>	
<p><b>Für alle Versorgungsbereiche außer 22 A8, 22 B8 und 32 B:</b> Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (konfektionierte Produkte)</p>	<p>Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir bei konfektionierten Hilfsmitteln permanent eine ausreichend große Produktpalette gängiger Produkte zur Auswahl vorhalte/n.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p><b>Für die Versorgungsbereiche 14 A, 14 F, 14 G und 32 B:</b> Sicherstellung der zeitnahen Versorgung vor Ort, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten</p>	<p>Beschreibung der Maßnahmen für eine sachgerechte Lieferung, ggf. Installation, Inbetriebnahme bzw. Anpassung der Hilfsmittel vor Ort, insbesondere der organisatorischen Rahmenbedingungen des Außendienstes inkl. Organisationsdiagramm (bezogen auf die Leistungserbringung: Mitarbeiter des Unternehmens oder externe Mitarbeiter) Eigenerklärung über ausreichenden Fuhrpark oder andere geeignete Möglichkeit der Mobilität Angaben zur Erreichbarkeit des fachlichen Leiters/der verantwortlichen Person</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p><b>Für die Versorgungsbereiche 14 A, 14 F und 14 G:</b> Transportables, ausreichendes Produktsortiment für die Auswahl des geeigneten und wirtschaftlichen Produktes im Rahmen der Vor-Ort-Versorgung, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten</p>	<p>Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir für Vor-Ort-Versorgungen permanent eine ausreichend große Produktpalette gängiger Produkte zur Auswahl vorhalte/n. Die Kurzbeschreibung meiner/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p><b>Für die Versorgungsbereiche 14 A, 14 F, 14 G und 32 B:</b> Sicherstellung der Beratung und Einweisung im allgemeinen Lebensbereich der Versicherten</p>	<p>Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, sicherzustellen, dass der Versicherte durch qualifiziertes Personal sachgerecht beraten und in die Anwendung des Hilfsmittels eingewiesen wird.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



#### 4. Räumliche Voraussetzungen

Voraussetzung	vorzulegende Nachweise	Erfüllung / Nachweise beigefügt
Für Versorgungsbereiche 04 A, 04 B, 10 A, 10 B, 18 A, 18 B, 19 A, 20 D, 20 E, 22 A8, 22 B8, 25 F, 28 A, 32 A, 33 A und 99 A-F: Verkaufsbereich	Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszug in einfacher Kopie, Grundrisskizze/Raumskizze eine umfassende Fotodokumentation der Betriebsstätte/-räume und des Inventars mit einer entsprechenden Beschriftung der Gerätschaften	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereiche 19 A, 20 D und 20 E: Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Liege		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereiche 18 A, 18 B, 22 A8, 22 B8 32 A und 99 A-F: Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereiche 10 A, 10 B, 11 B, 18 A, 18 B, 19 A, 20 D-E, 22 A8, 22 B8, 28 A und 32A: Behindertengerechter Zugang		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereiche 10 A, 10 B, 11 B, 18 A, 18 B, 19 A, 20 D-E, 22 A8, 22 B8, 28 A und 32A: Behindertengerechte Toilette		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereiche 10 B, 18 A, 18 B, 19 A, 25 F, 28 A: Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für alle Versorgungsbereiche <u>außer</u> 14 C: Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für alle Versorgungsbereiche <u>außer</u> 01 C, 01 D, 02 A, 03 A-C8, 07 A, 12 A, 14 B5-C, 15 B, 19 B, 20 E, 27 A, 29 A, 99 A-F und 99 H: Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Besonderheit:**

Versorgungen der folgenden Versorgungsbereiche können auch im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten stattfinden:

**01 A10-D, 02 A-C, 03 A-E, 06 A, 07 A-C, 09 A, 11 A, 11 B, 12 A, 14 B5-E, 15 A10, 15 B, 16 A, 16 B, 17 E, 19 B8, 21 A, 21 B10, 27 A, 29 A**

Anstelle des Verkaufs-/Empfangsbereichs sowie des akustisch und optisch abgegrenzten Bereichs/Raums zur Beratung und Anpassung sind dann folgende Anforderungen nebeneinander zu erfüllen:

Voraussetzung	Nachweise	Erfüllung / Nachweise beigefügt
Sicherstellung der zeitnahen Versorgung vor Ort, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten	Beschreibung der Maßnahmen für eine sachgerechte Lieferung, ggf. Installation, Inbetriebnahme bzw. Anpassung der Hilfsmittel vor Ort, insbesondere der organisatorischen Rahmenbedingungen des Außendienstes inkl. Organisationsdiagramm (bezogen auf die Leistungserbringung: Mitarbeiter des Unternehmens oder externe Mitarbeiter), Eigenklärung über ausreichenden Fuhrpark oder andere geeignete Möglichkeit der Mobilität, Angaben zur Erreichbarkeit des fachlichen Leiters/der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Transportables, ausreichendes Produktsortiment für die Auswahl des geeigneten und wirtschaftlichen Produktes im Rahmen der Vor-Ort-Versorgung, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten	Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir für Vor-Ort-Versorgungen permanent eine ausreichend große Produktpalette gängiger Produkte zur Auswahl vorhalte/n. Die Kurzbeschreibung meiner/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sicherstellung der Beratung und Einweisung im allgemeinen Lebensbereich der Versicherten	Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, sicherzustellen, dass der Versicherte durch qualifiziertes Personal sachgerecht beraten und in die Anwendung des Hilfsmittels eingewiesen wird.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## 5. Inventar

Für Versorgungsbereiche 10 B, 18 A-B, 19 A, 22 B8, 28 A

Schleifmaschine stationäres oder mobiles System

ja  nein

Typ: \_\_\_\_\_

Seriennr.: \_\_\_\_\_

Für Versorgungsbereiche 04 A, 10 B, 18 A-B, 19 A, 22 B8,  
28 A, 33 A

Bohrmaschine stationäres oder mobiles System

ja  nein

Typ: \_\_\_\_\_

Seriennr.: \_\_\_\_\_

Für Versorgungsbereiche 04 A, 10 B, 11 B, 17 E, 18 A-B,  
19 A, 22 B8, 28 A, 32 A-B, 33 A

Werkbank mit Werkzeugausstattung

ja  nein

Arbeitsplatzausstattung: \_\_\_\_\_

Für Versorgungsbereiche 01 B10, 06 A, 12 A, 14 B-C, 27 A, 29 A

Geeigneter Spiegel

ja  nein

## 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/POS/Dokumente/Hinweise%20zum%20Schutz%20Ihrer%20Daten.pdf>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

<b>8.</b>	<b>Checkliste: Einzureichende Unterlagen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	--	-------------------------------------

- Letztgültige Präqualifizierungsbestätigung
- Diplommurkunde
- Sonstige Befähigungsnachweise, Zeugnisse oder Tätigkeitsnachweise, Zertifikate
- Schriftliche Selbstverpflichtung zur Erreichbarkeit d. fachl. Leitung
- Kopie der Gewerbeanmeldung
- Aktueller Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 GewO
- Kopie des Handelsregisterauszugs
- Kopie eines aktuellen Versicherungsnachweises (nicht älter als zwölf Monate mit dem Hinweis, 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 und zur Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen
- Kurzbeschreibung der Maßnahmen zur Sicherstellung einer fachgerechten und produktgeeigneten Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung
- Beschreibung der Maßnahmen für eine sachgerechte Lieferung, ggf. Installation, Inbetriebnahme bzw. Anpassung der Hilfsmittel vor Ort inklusive Angaben zu organisatorischen Rahmenbedingungen des Außendienstesatzes, Organisationsdiagramm, ausreichendem Fuhrpark oder andere geeignete Möglichkeit der Mobilität und Angaben zur Erreichbarkeit des fachlichen Leiters/der verantwortlichen Person
- Kurzbeschreibung des transportablen, ausreichenden Produktsortiments für die Auswahl im Rahmen von Vor-Ort-Versorgungen
- Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszugs
- Grundriss- und Raumskizze
- Fotodokumentation

Absender:  
Name: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
IK: \_\_\_\_\_

**Selbstverpflichtungserklärung  
zur Anwesenheit bzw. Erreichbarkeit  
der fachlichen Leitung**

**Angaben zu den Betriebsöffnungszeiten:**

Öffnungszeiten der Betriebsstätte: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Angaben zur Fachlichen Leitung:**

Fachliche/r Leiter/in: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

ggf. weitere Fachliche Leiter\*: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

**Erklärung:**

Hiermit erkläre ich/erklären wir, dass die fachliche(n) Leitung(en) unserer o.g. Betriebsstätte im Rahmen der üblichen Betriebsöffnungszeiten anwesend bzw. erreichbar ist/sind.

\*) Werden mehrere fachliche Leiter für einen Versorgungsbereich benannt, kann die fachliche Leitung auch durch Teilzeitkräfte ausgeübt werden. Es ist dann aber durch die Gesamtarbeitszeit und deren Verteilung sicherzustellen, dass die fachlichen Leiter während der gesamten Betriebszeiten anwesend bzw. erreichbar sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Fachliche Leitung(en)