

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
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Altenpfleger/-in
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-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 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 für Laryngektomierte, sonstiges Zubehör, geschlossene Absaugsysteme
<input type="checkbox"/>	PG 02	<input type="checkbox"/> 02 A	Anziehhilfen, Ess- und Trinkhilfen, Rutschfeste Unterlagen, Greifhilfen, Halterungen, Umblättermittel, Schreibhilfen, Mundstab, Leseständer
<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 B	Badewannensitze, Duschhilfen, Badewanneneinsätze, Sicherheitsgriffe, Aufrichtehilfen
<input type="checkbox"/>	PG 05	<input type="checkbox"/> 05 A5	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen bis einschließlich Knie)

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 05 B5	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)
<input type="checkbox"/>	PG 09	<input type="checkbox"/> 09 A	Elektrostimulationsgeräte
<input type="checkbox"/>	PG 10	<input type="checkbox"/> 10 A	Gehgestelle, Fahrbare Gehhilfen, Hand-/Gehstöcke, Unterarmgehstützen, Achselstützen
<input type="checkbox"/>	PG11	<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 D	Aerosol-Inhalationsgeräte, Inhalationshilfen, PEP-Mundsysteme, PEP-Maskensysteme
<input type="checkbox"/>	PG 15	<input type="checkbox"/> 15 A10 <input type="checkbox"/> 15 B	Inkontinenzhilfen (außer elektronische Messgeräte der Beckenbodenmuskelaktivität) Elektronische Messgeräte der Beckenbodenmuskelaktivität
<input type="checkbox"/>	PG 16	<input type="checkbox"/> 16 B	Signalanlagen für Gehörlose
<input type="checkbox"/>	PG 17	<input type="checkbox"/> 17 A4 <input type="checkbox"/> 17 B8 <input type="checkbox"/> 17 E	Medizinische Kompressionsstrümpfe/Strumpfanziehilfen Medizinische Kompressionsversorgung außer Bein Apparate zur Kompressionstherapie
<input type="checkbox"/>	PG 18	<input type="checkbox"/> 18 B	Toilettenrollstühle, Duschrollstühle
<input type="checkbox"/>	PG 19	<input type="checkbox"/> 19 B8	Krankenpflegeartikel, Produkte zur Hygiene im Bett, Waschsyste-me, N.N. (Extremitätenspreizer), Lagerungsrollen, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Sonstige Pflegehilfsmittel
<input type="checkbox"/>	PG 20	<input type="checkbox"/> 20 B10 <input type="checkbox"/> 20 C <input type="checkbox"/> 20 E	Schulterabduktionslagerungshilfen, Armlagerungsplatten bei Parese, Lagerungskeile und Therapiehilfen Beinlagerungshilfen Sitzringe
<input type="checkbox"/>	PG 21	<input type="checkbox"/> 21 B10	Messgeräte zur Lungenfunktionsmessung, Blutdruckmessgeräte, Blutgerinnungsmessgeräte / Blutzuckermessgeräte, Personenwaagen, Sprachausgaben zu Messgeräten
<input type="checkbox"/>	PG 22	<input type="checkbox"/> 22 A8	Umsetz- und Hebehilfen, Aufstehhilfen/-vorrichtungen für Sessel/Stühle
<input type="checkbox"/>	PG 24	<input type="checkbox"/> 37 A10	Prothesen, Brustprothesen mit Halterungen
<input type="checkbox"/>	PG 27	<input type="checkbox"/> 27 A	Sprechhilfen
<input type="checkbox"/>	PG 29	<input type="checkbox"/> 29 A	Stomaartikel, Konfektionierte Stomabandagen
<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 C <input type="checkbox"/> 99 D <input type="checkbox"/> 99 E <input type="checkbox"/> 99 F <input type="checkbox"/> 99 i	N.N. (Kopfschutzhelme/-bandagen) konfektionierte Produkte Erektionsringe Vakuumerektionssysteme, N.N. (Vaginaltrainer) Hilfsmittel zur Anwendung an der Nase N.N. Läuse- und Nissenkämme

Angaben zur Fachlichen Leitung:

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

Fachliche Qualifikation
des fachlichen Leiters: Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger/-in,
Altenpfleger/-in

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 Sozialversiche-	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

	<p>rung, soweit sie der Pflicht zur Beitragzahlung unterliegen, ordnungsgemäß erfüllt habe/n.</p>	
<p>Die gewerberechlichen Voraussetzungen werden erfüllt</p>	<p>Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 GewO</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Die Einhaltung des Datenschutzes wird gewährleistet</p>	<p>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. Für die Einhaltung des Datenschutzes bin/sind ich/wir selbst verantwortlich.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Die Voraussetzungen nach § 128 SGB V werden eingehalten</p>	<p>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.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

3. Organisatorische Voraussetzungen

Voraussetzung	vorzulegende Nachweise und Eigenerklärungen	Erfüllung / Nachweise beigefügt
<p>Für den Versorgungsbereich 01 B10, 01 C, 01 D, 03 E, 11 A, 11 B, 12 A, 27 A : Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer Erreichbarkeit und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal</p>	<p>Ich/Wir verpflichte/n mich/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 Versorgungsbereichen betrautes Personal sichergestellt.</p> <p>Die Servicetelefonnummer(n) des telefonischen Notdienstes lautet/n:</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

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
Für die Versorgungsbereiche 01 A10, 01 B10, 02 A, 03 D, 03 E, 04 B, 09 A, 10 A, 11A, 11B, 12 A, 14 D, 15 B, 16 B, 17 E, 18 B, 20 B10, 20 C, 20 E, 21 B10, 22 A8, 27 A, 33 A: 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
Für die Versorgungsbereiche 01 A10, 01 B10, 03 D, 03 E, 04 B, 09 A, 10 A, 11 A, 11 B, 14 D, 15 B, 16 B, 17 E, 18 B, 20 B10, 20 C, 21 B10, 22 A8, 27 A, 33 A: 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	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 beigefügt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für alle Versorgungsbereiche außer 22 A und 37 A10: Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (konfektionierte Produkte)	Ich/Wir erkläre/n, dass wir bei konfektionierten Hilfsmitteln permanent eine ausreichend große Produktpalette gängiger Produkte zur Auswahl vorhalten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4. Räumliche Voraussetzungen

Voraussetzung	vorzulegende Nachweise	Erfüllung / Nachweise beigefügt
Für Versorgungsbereiche 04 B, 05 A5, 05 B5, 10 A, 17 A4, 17 B8, 18 B, 20 B10, 20 C, 20 E, 22 A8, 37 A10; 33 A, 99 A und C-F: Verkaufs-/Empfangsbereich	Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszug in einfacher Kopie,	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<p>Für Versorgungsbereiche 05 B5, 17 A4; 20 B10, 20 C und 20 E: Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Liege</p>	<p>Grundrisskizze/Raumskizze und eine umfassende Fotodokumentation der Betriebsstätte/-räume und des Inventars mit einer entsprechenden Beschriftung der Gerätschaften</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Für Versorgungsbereiche 05 A5, 17 B8, 18 B, 22 A8, 37 A10 und 99 A und C-F: Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit</p>		<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Für Versorgungsbereich 29 A: Handwaschbecken zur Nutzung durch den Versicherten</p>		<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Für Versorgungsbereiche 05 A5, 05 B5, 10 A, 11 B, 18 B, 20 B10, 20 C, 20 E, 22 A8: Behindertengerechter Zugang</p>		<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Für Versorgungsbereiche 05 A5, 05 B5, 10 A, 11 B, 18 B, 20 B10, 20 C, 20 E und 22 A8: Behindertengerechte Toilette</p>		<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Für Versorgungsbereich 18 B und 37 A10: Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen</p>		<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen</p>		<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Für Versorgungsbereiche 01 A10, 01 B10, 03 D, 03 E, 04 B, 10 A, 11 A, 11 B, 14 D, 15 B, 16 B, 17 E, 18 B, 20 B10, 20 C, 21 B10, 22 A8 und 33 A: Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte</p>		<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

Besonderheit:

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

01 A10–D, 02 A, 03 A–E, 09 A, 11 A, 11 B, 12 A, 14 D, 15 A10, 15 B, 16 B, 17 E, 19 B8, 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 beigelegt
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), Eigenerklärung 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 beigelegt.	<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 Versorgungsbereich 18 B:

Schleifmaschine stationäres oder mobiles System

ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Für Versorgungsbereiche 18 B und 33 A

Bohrmaschine stationäres oder mobiles System

ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Für Versorgungsbereiche 11 B, 17 E, 18 B, 20 B10,
und 33 A:

Werkbank mit Werkzeugausstattung

ja nein

Arbeitsplatzausstattung:_____

Für Versorgungsbereich 37 A10:

Zuschneide- und Arbeitstisch

ja nein

Für Versorgungsbereich 37 A10:

Tischnähmaschine

ja nein

Typ: _____

Serienr.: _____

Für Versorgungsbereiche 05 A5, 05 B5, 12 A,

17 A4, 17 B8, 37 A10, 27 A und 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/PQS/Dokumente/Hinweise%20zum%20Schutz%20Ihrer%20Daten.pdf>

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

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



- Letztgültige Präqualifizierungsbestätigung
- Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung
- 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
- Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszugs
- Grundrisskizze/Raumskizze
- Fotodokumentation

Sofern Vor-Ort-Versorgungen im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten stattfinden:

- Beschreibung der Maßnahmen für eine sachgerechte Lieferung, ggf. Installation, Inbetriebnahme bzw. Anpassung der Hilfsmittel vor Ort inklusive

Angaben zu organisatorischen Rahmenbedingungen des Außendienstes, 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

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)