

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
Hörgeräteakustikermeister/-in, Hörakustikermeister/-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 13	<input type="checkbox"/> 13 A	Hörhilfen
<input type="checkbox"/>	PG 16	<input type="checkbox"/> 16 B	Signalanlagen für Gehörlose

Angaben zur Fachlichen Leitung:

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

Fachliche Qualifikation
des fachlichen Leiters: Hörgeräteakustikermeister
 Gleichwertige Qualifikation: -----

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

	Datengeheimnisses besteht auch nach Be- endigung der Tätigkeit fort. Für die Ein- haltung des Datenschutzes bin/sind ich/wir selbst verantwortlich.	
Die Voraussetzungen gemäß § 128 SGB V werden eingehalten	Ich/Wir erkläre/n, dass wir die Regelungen des § 128 SGB V beachten. Wir unterhal- ten keine Hilfsmitteldepots bei Vertrags- ärzten, in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen und beteili- gen Ärzte nicht gegen Entgelt oder Ge- währung sonstiger wirtschaftlicher Vor- teile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln und gewähren keine Zu- wendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. Organisatorische Voraussetzungen

Voraussetzung	vorzulegende Nachweise und Eigenerklärungen	Erfüllung / Nach- weise beigefügt
Die zeitnahe Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör so- wie von Ersatzteilen wird sicher- gestellt	Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, die Ver- sorgung mit verordneten Hilfsmitteln und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen zeitnah sicherzustellen. Die Kurzbeschreibung meiner/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem An- trag beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltun- gen und Reparaturen	Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, sicherzu- stellen, dass Instandhaltungen und Repa- raturen sach- und fachgerecht durchge- führt werden. Die Kurzbeschreibung meiner/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem An- trag beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereich 16 B: Sicherstellung, dass für wieder- einsetzbare Produkte bei der Auf- arbeitung, die med. u. produkt- rechtl. Anforderungen, insbeson- dere die Medizinproduktebetrei- ber-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 Wie- deraufarbeitung sicherzustellen. Die Kurzbeschreibung meiner/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem An- trag beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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 beigefügt
Verkaufs-/Empfangsbereich	Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszug in einfacher Kopie,	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit	Grundrisskizze/Raumskizze und eine umfassende Fotodokumentation der Betriebsstätte/-räume und des Inventars mit einer entsprechenden Beschriftung der Gerätschaften	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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	Für Neubetriebe, bei Bezug von neuen Räumlichkeiten oder bei maßgeblichen Änderungen (bauliche Maßnahmen u. ä.): Protokoll über Betriebsbegehung und Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszug	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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

Anpassraum
(maximaler Störschallpegel ≤ 40 dB/A)

ja nein

Ton- und Sprachaudiometer mit mind. zwei Freifeldlautsprechern

ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Messbox

ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

- Insitu-Anlage ja nein
 Typ: _____
 Seriennr.: _____
- Programmiereinheit zum Programmieren
 von digitalen Hörgeräten mit Programmier-
 schnittstelle ja nein
 Typ: _____
 Seriennr.: _____
- Otoplastikarbeitsplatz/Arbeitsplatz für Reparaturen ja nein
 (Mit folgender Mindestausstattung:
- Dental- oder Poliermaschine
 - Poliermaterialien
 - Diverse Arbeitsschutzmaterialien
 (z.B. Schutzbrille, Mundschutz, Gehörschutz)
 - Schlauchweitezange
 - Bohrer in unterschiedlichen Größen und Arten
 (z. B. Spiral- bzw. Rosenbohrer)
 - Fräser (quergeriefte Birnen- und Spitzfräser)
 - Druck-/Spindelspritze und/oder Injektorpistole
 - Schlauchmaterial mit verschiedenen
 Durchmessern und Wandstärken
 - Klebstoffe, Lösungsmittel
 - Lacke
 - Otoplastikwinkel
 - Lichtgerät/UV Lichthärtungsgerät)
- Materialien und Werkzeuge zum Herstellen ja nein
 von Rohlingen für Ohrabformungen
- Abdruckmaterialien und -geräte ja nein
- Otoskop inkl. diverse Trichter ja nein
- Backenpinzette ja nein
- 1 Pinzettensortiment ja nein
- Leuchtstab ja nein
- Reinigungs- und Desinfektionsmittel, Tamponade ja nein
- Ultraschallbad 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

- 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
- 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
- ggf. Protokoll der Betriebsbegehung