

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
Hebammen
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: _____

Straße , PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Email: _____

Institutionskennzeichen: _____

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)**Folgende Hilfsmittel sollen abgegeben werden:**

<input type="checkbox"/>	PG 01	<input type="checkbox"/> 01 A10	Milchpumpen
--------------------------	-------	---------------------------------	-------------

Angaben zur fachlichen Leitung:

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

Fachliche Qualifikation
des fachlichen Leiters: Hebamme/Entbindungspfleger
 Sonstige: -----
(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 Beitragzahlung 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. Für die Einhaltung des Datenschutzes bin/sind ich/wir selbst verantwortlich.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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
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/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sicherstellung, dass für wieder-einsatzbare Produkte bei der Aufarbeitung, die med. u. produkt-rechtl. 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/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag 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
Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen		
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 des Versorgungsbereichs **01 A10** können auch im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten stattfinden.

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. 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 Behörungen – erforderlich ist. Ihre Daten werden nicht zu Werbezwecken an Dritte weitergegeben. Erteilte Einwilligungen können Sie jederzeit widerrufen.

6. 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
- 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 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 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
- Grundriss- und 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)