

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
Kauffrau/-mann im Einzelhandel mit dreijähriger Berufserfahrung
Fachverkäufer/-in im Sanitätsfachhandel
Personen ohne einschlägige Berufsausbildung mit min. fünfjähriger Berufspraxis
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 Absaugrohre 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 D | Spülsysteme, schwerkraft- und pumpenabhängig Spritzen und Zubehör, Pens Elektrisch betriebene Spülsysteme |
| <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 05 <input type="checkbox"/> 05 A5 <input type="checkbox"/> 05 B5 <input type="checkbox"/> 05 C | Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen bis einschließlich Knie) Bandagen, Fertigprodukte (Versorgung oberhalb des Knies) Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies) |

| | | | |
|--------------------------|-------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | PG 07 | <input type="checkbox"/> 07 A | Blindenlangstöcke |
| <input type="checkbox"/> | PG 08 | <input type="checkbox"/> 08 A | Stoßabsorber, Verkürzungsausgleiche |
| <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"/> | 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 Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität Elektronische Messsysteme 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 | Medizinische Kompressionsstrümpfe/Strumpfanziehhilfen Medizinische Kompressionsversorgung außer Bein |
| <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, Waschsysteme, N.N. (Extremitätenspreizer), Lagerungsrollen, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Sonstige Pflegehilfsmittel |
| <input type="checkbox"/> | PG 20 | <input type="checkbox"/> 20 E | 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 23 | <input type="checkbox"/> 23 A3 <input type="checkbox"/> 23 B3 | Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (bis einschließlich Knie) Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen oberhalb Knie) |
| <input type="checkbox"/> | PG 33 | <input type="checkbox"/> 33 A | Toilettenhilfen |
| <input type="checkbox"/> | PG 29 | <input type="checkbox"/> 29 A | Stomaartikel, konfektionierte Stomabandagen |
| <input type="checkbox"/> | PG 37 | <input type="checkbox"/> 37 A10 | Prothesen, Brustprothesen mit Halterungen |
| <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 Vakuum-Erektionssysteme Vaginaltrainer Hilfsmittel zur Anwendung an der Nase N.N. Läuse- und Nissenkämme |

Angaben zur Fachlichen Leitung:

Fachliche/r Leiter/in:

Name, Vorname, GeburtsdatumFachliche Qualifikation
des fachlichen Leiters: Kauffrau/-mann Einzelhandel mit dreijähriger
Berufserfahrung

- Fachverkäufer/-in Sanitätsfachhandel
- Personen ohne einschlägige Berufsausbildung mit fünfjähriger einschl. Berufspraxis im Fachhandel/Apotheke
- Gleichwertige Qualifikation

(bitte genau bezeichnen)

2. Allgemeine Voraussetzungen

| Voraussetzung | vorzulegende Nachweise und Eigenerklärungen | Erfüllung / Nachweise beigelegt |
|---|---|---|
| Die berufsrechtlichen Voraussetzungen werden erfüllt | Kopie der Gewerbebeanmeldung 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 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 |
|--|--|---|
| Für den Versorgungsbereich 01 B10, 01 C, 01 D: Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer Erreichbarkeit und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal | 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 Versorgungsleistungen 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/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigelegt. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Für die Versorgungsbereiche 01 A10, 01 B10, 02 A, 03 D, 04 A-B, 07 A, 09 A, 10 A, 14 D, 15 B, 16 B, 18 B, 20 E, 21 B10, 22 A8, 23 B3, 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/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigelegt. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Für die Versorgungsbereiche 01 A10, 01 B10, 03 D, 04 A-B, 09 A, 10 A, 14 D, 15 B, 16 B 18 B, 21 B10, 22 A8, 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/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigelegt. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Für alle Versorgungsbereiche außer 22 A8: 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 |
|--|---|---|
| Für Versorgungsbereiche 04 A-B, 05 A5-05 C, 07 A, 08 A, 09 A, 10 A, 16 B, 17 A4, 17 B8, 18 B, 20 E, 22 A8, 23 A3, 23 B3, 37 A10, 33 A, 99 A, 99 C-F: Verkaufs-/Empfangsbereich | Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszug in einfacher Kopie, 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 |
| Für Versorgungsbereiche 05 B5, 05 C, 17 A4 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 05 A5, 07 A, 08 A, 09 A, 16 B, 17 B8, 18 B, 22 A8, 23 A3, 23 B3, 37 A10, 99 A und 99 C-F: Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Für Versorgungsbereiche 05 A5-05 C, 10 A, 18 B, 20 E, 22 A8 und 23 A3, 23 B3: Behindertengerechter Zugang | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Für Versorgungsbereiche 05 A5-05 C, 10 A, 18 B, 20 E, 22 A, 23 A3, 23 B3: Behindertengerechte Toilette | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Für Versorgungsbereich 18 B, 37 A10, 23 B3: Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Für Versorgungsbereich 29 A: Handwaschbecken zur Nutzung durch den Versicherten | | <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 01 A10, 01 B10, 03 D, 04 A-B, 10 A, 14 D, 15 B, 16 B, 18 B, 21 B10, 22 A8 und 33 A: 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 A10-01 D, 02 A, 03 A-B, 03 D, 07 A, 09 A, 14 D, 15 A108-B, 16 B, 19 B8, 21 B10, 29 A, 99i,

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 zeit- nahen Versorgung vor Ort, d. h. im allgemei- nen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten | Beschreibung der Maßnahmen für eine sachgerechte Lieferung, ggf. Installation, Inbetriebnahme bzw. An- passung der Hilfsmittel vor Ort, insbesondere der or- ganisatorischen Rahmenbedingungen des Außendien- steinsatzes inkl. Organisationsdiagramm (bezogen auf die Leistungserbringung: Mitarbeiter des Unter- nehmens 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, ausrei- chendes Produktsorti- ment für die Auswahl des geeigneten und wirtschaftlichen Produk- tes im Rahmen der Vor- Ort-Versorgung, d. h. im allgemeinen Lebens- bereich/der häuslichen Umgebung des Versi- cherten | Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir für Vor-Ort-Versor- gungen permanent eine ausreichend große Produkt- palette 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 Bera- tung und Einweisung im allgemeinen Lebensbe- reich der Versicherten | Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, sicherzustellen, dass der Versicherte durch qualifiziertes Personal sachge- recht 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 04 A, 18 B, 33 A:

Bohrmaschine stationäres oder mobiles System

ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Für Versorgungsbereiche 04 A, 18 B, 23 B3 und 33 A:

Werkbank mit Werkzeugausstattung

ja nein

Arbeitsplatzausstattung: _____

Für Versorgungsbereiche 37 A10:

Zuschneide- und Arbeitstisch

 ja nein

Für Versorgungsbereiche 37 A10:

Tischnähmaschine

 ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Für Versorgungsbereiche 05 A5-05 C, 17 A4, 17 B, 23 A3, 23 B3, 37 A10, 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

8. Checkliste: Einzureichende Unterlagen

- Letztgültige Präqualifizierungsbestätigung
- Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung
- ggfs. Nachweis über 3 bzw. 5jährige einschlägige Berufspraxis im betreffenden Versorgungsbereich. Als Nachweis dienen Zeugnisse, Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen etc.
- 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 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

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)