

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
Orthopädieschuhmacher/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 des Betriebes, für den 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 05	<input type="checkbox"/> 05 A5 Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen bis einschließlich Knie)
<input type="checkbox"/>	PG 08	<input type="checkbox"/> 08 A Stoßabsorber, Verkürzungsausgleiche
<input type="checkbox"/>	PG 17	<input type="checkbox"/> 17 A4 Medizinische Kompressionsstrümpfe/Strumpfanziehilfen
<input type="checkbox"/>	PG 20	<input type="checkbox"/> 20 C Beinlagerungshilfen
<input type="checkbox"/>	PG 23	<input type="checkbox"/> 23 A3 Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (bis einschließlich Knie) <input type="checkbox"/> 23 B3*) Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen oberhalb Knie) <input type="checkbox"/> 23 C10 Orthesen, industriell hergestellt, mit handwerklicher Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie)
<input type="checkbox"/>	PG 31	<input type="checkbox"/> 31 C Schuhe, industriell hergestellt

*) besondere Hinweise zu den beruflichen Qualifikationen finden Sie in der Checkliste

Angaben zur Fachlichen Leitung:

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

Fachliche Qualifikation
des fachlichen Leiters: Orthopädieschuhmacher/in
 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 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 gewerberechlichen 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 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/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für die Versorgungsbereiche 20 C, 23 A3-23 C10, 31 C:	Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, sicherzustellen, dass Instandhaltungen und Reparaturen sach- und fachgerecht durchgeführt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen	Die Kurzbeschreibung meiner/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.	
Für den Versorgungsbereich 20 C: 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 kon- fektionierten Hilfsmitteln permanent eine ausreichend große Produktpalette gängi- ger Produkte zur Auswahl vorhalte/n.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4. Räumliche Voraussetzungen

Voraussetzung	vorzulegende Nachweise	Erfüllung / Nachweise beigefügt
Für Versorgungsbereiche 05 A5, 08 A, 17A4, 20 C, 23 A3-23 C10, 31 C: Verkaufs-/Empfangsbereich	Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszug in einfacher Kopie,	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereich 17 A4 und 20 C Akustisch und optisch abgegrenz- ter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Liege	Grundrisskizze/Raumskizze und eine umfassende Fotodokumenta- tion der Betriebsstätte/-räume und des Inventars mit einer ent- sprechenden Beschriftung der Ge- rätschaften	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereiche 05 A5, 08 A, 23 A3-23 C10, 31 C: Akustisch und optisch abgegrenz- ter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegen- heit	Für Neubetriebe, bei Bezug von neuen Räumlichkeiten oder bei maßgeblichen Änderungen (bauli- che Maßnahmen u. ä.):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereich 31C Ganganalysebereich, optisch und akustisch abgegrenzt	Protokoll über Betriebsbegehung und	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereiche 05 A5, 20 C, 23 A3-23 C10, 31 C: Behindertengerechter Zugang	Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszug	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereiche 05 A5, 20 C, 23 A3-23 C10, 31 C: Behindertengerechte Toilette		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereich 23 B3, 23 C3,		

31 C: 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		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereich 20 C: 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

Für Versorgungsbereiche 23 C3, 31 C

Schleifmaschine stationäres oder mobiles System

ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Für Versorgungsbereiche 23 C3, 31 C

Bohrmaschine stationäres oder mobiles System

ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Für Versorgungsbereiche 23 B3, 23 C3, 31 C

Werkbank mit Werkzeugausstattung

ja nein

Arbeitsplatzausstattung: _____

Für Versorgungsbereiche 23 C3,

Sattlernähmaschine/Reparaturnähmaschine

ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Für Versorgungsbereiche 23 C3,

Tischnähmaschine

ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Für Versorgungsbereiche 23 C3, 31 C

Wärmeofen oder Wärmeplatte,

Heißluftgeräte zur thermoplastischen Verarbeitung

von Kunststoffen (**für 23 B3**) sowie Arbeitsplatz zur Kunststoffverarbeitung

ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Für Versorgungsbereiche 05 A5, 17 A4, 23 A3–23 C3, 31 C
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 des vdek 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
- *) für die Versorgung mit Orthesen ist zusätzlich zur Berufsurkunde der Nachweis einer mindestens fünfjährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel mit Hilfsmittelabgabe erforderlich
- 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
- ggf. Protokoll der Betriebsbegehung

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)