

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
Orthopädieschuhmachermeister/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:

<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 <input type="checkbox"/> 08 B10	Stoßabsorber, Verkürzungsausgleiche Kopieeinlagen, Bettungseinlagen, Schaleneinlagen, Einlagen mit Korrekturbacken, Fersenschalen
<input type="checkbox"/>	PG 17	<input type="checkbox"/> 17 A4	Medizinische Kompressionsstrümpfe/Strumpfan- ziehhilfen
<input type="checkbox"/>	PG 20	<input type="checkbox"/> 20 C <input type="checkbox"/> 20 G10	Beinlagerungshilfen Lagerungshilfen, individuell oder in Sonderanfertigung (Versorgungen bis einschließlich Knie)
<input type="checkbox"/>	PG 23	<input type="checkbox"/> 23 A3 <input type="checkbox"/> 23 B3*) <input type="checkbox"/> 23 C10 <input type="checkbox"/> 23 E	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (bis einschließlich Knie) Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen oberhalb Knie) Orthesen, industriell hergestellt, mit handwerklicher Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie) Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen unterhalb des Knies)

<input type="checkbox"/>	PG 24	<input type="checkbox"/> 24 A	Beinprothesen (Fuß- und Zehenersatz)
<input type="checkbox"/>	PG 31	<input type="checkbox"/> 31 A	Orth. Maßschuhe, Schuhe, industriell hergestellt, konfekt. Schutzschuhe für Diabetiker, Schuhzurichtungen, Gehstöcke, Strumpfanziehhilfen, Hilfsmittel zur Narbenkompression (Bein) Schuhe industriell hergestellt, Gehstöcke, Strumpfanziehhilfen, Hilfsmittel zur Narbenkompression (Bein) konfektionierte Schutzschuhe für Diabetiker und Diabetesfußbettungen, Gehstöcke, Strumpfanziehhilfen, Hilfsmittel zur Narbenkompression (Bein) Orthopädische Zurichtungen am konfektionierten Schuh
		<input type="checkbox"/> 31 C	
		<input type="checkbox"/> 31 D	
		<input type="checkbox"/> 31 E	

*) 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: Orthopädieschuhmachermeister/in
 Sonstige: _____
(bitte genau bezeichnen)

2. Allgemeine Voraussetzungen

Voraussetzung	vorzulegende Nachweise und Eigenerklärungen	Erfüllung / Nachweise beigefügt
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 beigefügt.	<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	Bei Gewerbebetreibenden 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
Für alle Versorgungsbereiche <u>außer</u> 08 B10, 20 G10, 23 A3, 23 E, 31 A: 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 alle Versorgungsbereiche <u>außer</u> 05 A5, 08 A, 08 B10, 17 A4: 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 20 C und 24 A: Sicherstellung, dass für wieder-einsetzbare 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/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für die Versorgungsbereiche 05 A5, 08 A, 08 B10, 17 A4, 20 C, 23 A3-23 C10 und 31 C: 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereiche 17 A4, 20 C und 20 G10, 23 E:	Kopie,	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Liege	Grundrisskizze/Raumskizze und eine umfassende Fotodokumentation der Betriebsstätte/-räume	
Für Versorgungsbereiche 05 A5, 08 A, 08 B10, 23 A3-23 C10, 24 A, 31 A, 31C-E: Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit	und des Inventars mit einer entsprechenden Beschriftung der Gerätschaften 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 Versorgungsbereiche 08 B10, 23 E, 24 A, 31 A - 31 E: Ganganalysebereich, optisch und akustisch abgegrenzt		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für alle Versorgungsbereiche <u>außer</u> 08 A, 08 B10, 17 A4: Behindertengerechter Zugang		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für alle Versorgungsbereiche <u>außer</u> 08 A, 08 B10, 17 A4: Behindertengerechte Toilette		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Versorgungsbereiche 08 B10, 20 G10, 23 B3, 23 C10, 23 E, 24 A, 31 A, 31C-E: Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für alle Versorgungsbereiche <u>außer</u> 08 B10, 20 G10, 23 E, 24 A, 31 A, 31 D-E: Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für die Versorgungsbereiche 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 08 B10, 20 G10, 23 C10, 23 E, 24 A, 31 A, 31 C-E

Schleifmaschine stationäres oder mobiles System

ja nein

Typ: _____

Serienr.: _____

Für Versorgungsbereiche 20 G10, 23 E, 24 A, 31 A

Fräse

ja nein

Typ: _____

Serienr.: _____

Für Versorgungsbereiche 08 B10, 20 G10, 23 C10, 23 E, 24 A, 31 A, 31 C-E

Bohrmaschine stationäres oder mobiles System

ja nein

Typ: _____

Serienr.: _____

Für Versorgungsbereiche 08 B10, 20 G10, 23 B3, 23 C10, 23 E, 24 A, 31 A, 31 C-E

Werkbank mit Werkzeugausstattung

ja nein

Arbeitsplatzausstattung: _____

Für Versorgungsbereiche 08 B10, 20 G10, 23 C10, 23 E, 31 A,

Sattlernähmaschine/Reparaturnähmaschine

ja nein

Typ: _____

Serienr.: _____

Für Versorgungsbereiche 08 B10, 20 G10, 23 E, 24 A, 31 A, 31 C-E

Zuschneide- und Arbeitstisch

ja nein

Für Versorgungsbereiche 20 G10, 23 C10, 24 A

Tischnähmaschine

ja nein

Typ: _____

Serienr.: _____

Für Versorgungsbereiche 08 B10, 20 G10, 23 C10, 23 E, 24 A, 31 A, 31 C-E

Wärmeofen oder Wärmeplatte,

Heißluftgeräte zur thermoplastischen Verarbeitung von Kunststoffen

(für 23 B3) sowie Arbeitsplatz zur Kunststoffverarbeitung

ja nein

Typ: _____

Serienr.: _____

Für Versorgungsbereiche 08 B10, 23 E, 24 A, 31 A, 31 D-E

Gießharz oder Laminat oder Klebstoff Arbeitsplatz

ja nein

Für Versorgungsbereiche 24 A, 31 A, 31 D

Tiefziehgerät

 ja nein

Typ: _____

Seriennr.: _____

Für Versorgungsbereiche 05 A5, 17 A4, 23 A3–23 C10, 23 E, 24 A, 31 A, 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 Behörungen – 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/POS/Dokumente/Hinweise%20zum%20Schutz%20Ihrer%20Daten.pdf>

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

8. Checkliste: Einzureichende Unterlagen

- Letztgültige Präqualifizierungsbestätigung
- Meisterbrief bzw. Ausnahmegenehmigung gem. Handwerksordnung
- Eintragung in die Handwerksrolle
- *) für die Versorgung mit Orthesen ist zusätzlich zur Berufsurkunde der Nachweis einer mindestens fünfjährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel mit Hilfsmittelabgabe erforderlich
- Kopie der Gewerbeanmeldung
- Kopie des Handelsregisterauszugs
- Aktueller Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 GewO
- 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