

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
Zertifizierte/-r Epithetiker/-in nach dem Curriculum des dbve
Zertifizierte/-r Epithetiker/-in nach dem Curriculum des IASPE mit
mindestens dreijähriger 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 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:

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 14 <input type="checkbox"/> 14 C	Individuell angefertigte Masken zur Adaption respiratorischer Systeme
<input type="checkbox"/>	PG 17 <input type="checkbox"/> 17 D	Hilfsmittel zur Narbenkompression (Kopf)
<input type="checkbox"/>	PG 24 <input type="checkbox"/> 35 A10 <input type="checkbox"/> 35 B10 <input type="checkbox"/> 36 B10	Epithesen (hals-/Kopfbereich) Epithesen (Leib-/Rumpfbereich) Augenprothesen aus Kunststoff

Angaben zur Fachlichen Leitung:

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

Fachliche Qualifikation
des fachlichen Leiters: Zertifizierte/-r Epithetiker/-in

Gleichwertige Qualifikation: _____
(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	<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	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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

	auch nach Beendigung der Tätigkeit fort. Für die Einhaltung des Datenschutzes bin/sind ich/wir selbst verantwortlich.	
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
Für den Versorgungsbereich 14 C: 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 Versorgungsbereichen 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/unsere getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für die Versorgungsbereiche 14 C, 35A10, 35B10 und 36B10: Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen	Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, sicherzustellen, dass Instandhaltungen und Reparaturen sach- und fachgerecht durchgeführt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

	Die Kurzbeschreibung meiner/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigelegt.	
Für die Versorgungsbereiche 14 C und 17 D: 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 die Versorgungsbereiche 17 D, 35 A10 35 B10 und 36 B10: 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 die Versorgungsbereiche 17 D, 35 A10 35 B10 und 36 B10: Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für die Versorgungsbereiche 35 A10 35 B10 und 36 B10: Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen		
Für die Versorgungsbereiche 17 D, 35 A10 35 B10 und 36 B10: Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Inventar

Geeigneter Spiegel

ja nein

Für Versorgungsbereiche 35 A10 35 B10 und 36 B10:
Schleifmaschine stationäres oder mobiles System

ja nein

Typ: _____

Serienr.: _____

Für Versorgungsbereiche 35 A10 35 B10 und 36 B10::

Werkbank mit Werkzeugausstattung

ja nein

Arbeitsplatzausstattung:.....

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
- Berufsurkunde/Zertifikat über die abgeschlossene Ausbildung
- für die Abgabe des Versorgungsbereiches 24 E ist eine Weiterbildung „Augenprothesen aus Kunststoff“ des dbve sowie eine fünfjährige einschlägige Berufspraxis in der Herstellung und Anpassung von Kunststoffaugen nachzuweisen
- 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
- 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)