

## Präqualifizierungsantrag

nach den Empfehlungen des GKV Spitzenverbandes  
gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V

Kanalstraße 24  
D-24159 Kiel  
Telefon 0431 36 45 77 56  
Telefax 0431 36 45 77 57  
info@gpqq.de  
www.gpqq.de

Registriernummer:

Präqualifizierungsstelle 006  
Kriterienkatalog: 1.0.0

.....  
[wird von der Präqualifizierungsstelle vergeben]

### Gruppe der Leistungserbringer

- Orthopädietechnik
- Orthopädieschuhmacher
- Sanitätsfachhandel
- Medizintechnik
- Rehabilitationstechnik
- Apotheke

[Mehrfachangaben sind möglich]

### Antragsteller, Hauptsitz des Unternehmens

Firmenname

Gesellschaftsform

Inhaber, Geschäftsführer

Fachliche Leitung(en)

Qualifikation der fachl. Ltg.

Ort

Plz

Straße

Nr.

Telefon

Telefax

E mail

Institutionskennzeichen IK

IK

Institutionskennzeichen IK

IK

### Antragsstatus

- Erstantrag
- Präqualifizierung einer neuen Betriebsstätte
- Verlegung einer Betriebsstätte
- Änderung des Versorgungsumfangs
- Wechsel der fachlichen Betriebsleitung
- Rechtsformänderung, Umfirmierung, Inhaberwechsel
- Sonstiges: .....

Der Antrag wird gestellt zum:

[Datum]

**Betriebsstätten, für die der Präqualifizierungsantrag gestellt wird**

Hauptsitz des Unternehmens

Betriebsstätte, Filiale 1

Ort ..... Plz .....

Straße ..... Nr. ....

Fachliche Leitung (en) .....

Qualifikation der fachl. Ltg. ....

Institutionskennzeichen IK  IK

Betriebsstätte, Filiale 2

Ort ..... Plz .....

Straße ..... Nr. ....

Fachliche Leitung .....

Qualifikation der fachl. Ltg. ....

Institutionskennzeichen IK  IK

Betriebsstätte, Filiale 3

Ort ..... Plz .....

Straße ..... Nr. ....

Fachliche Leitung (en) .....

Qualifikation der fachl. Ltg. ....

Institutionskennzeichen IK  IK

Betriebsstätte, Filiale 4

Ort ..... Plz .....

Straße ..... Nr. ....

Fachliche Leitung (en) .....

Qualifikation der fachl. Ltg. ....

Institutionskennzeichen IK  IK

Betriebsstätte, Filiale 5

Ort ..... Plz .....

Straße ..... Nr. ....

Fachliche Leitung (en) .....

Qualifikation der fachl. Ltg. ....

Institutionskennzeichen IK  IK

Betriebsstätte, Filiale 6

Ort ..... Plz .....

Straße ..... Nr. ....

Fachliche Leitung (en) .....

Qualifikation der fachl. Ltg. ....

Institutionskennzeichen IK  IK

Betriebsstätte, Filiale 7

Ort ..... Plz .....

Straße ..... Nr. ....

Fachliche Leitung (en) .....

Qualifikation der fachl. Ltg. ....

Institutionskennzeichen IK  IK

Betriebsstätte, Filiale 8

Ort ..... Plz .....  
Straße ..... Nr. ....  
Fachliche Leitung (en) .....  
Qualifikation der fachl. Ltg. ....  
Institutionskennzeichen IK  IK

Betriebsstätte, Filiale 9

Ort ..... Plz .....  
Straße ..... Nr. ....  
Fachliche Leitung (en) .....  
Qualifikation der fachl. Ltg. ....  
Institutionskennzeichen IK  IK

Betriebsstätte, Filiale 10

Ort ..... Plz .....  
Straße ..... Nr. ....  
Fachliche Leitung (en) .....  
Qualifikation der fachl. Ltg. ....  
Institutionskennzeichen IK  IK

Betriebsstätte, Filiale 11

Ort ..... Plz .....  
Straße ..... Nr. ....  
Fachliche Leitung (en) .....  
Qualifikation der fachl. Ltg. ....  
Institutionskennzeichen IK  IK

Betriebsstätte, Filiale 12

Ort ..... Plz .....  
Straße ..... Nr. ....  
Fachliche Leitung (en) .....  
Qualifikation der fachl. Ltg. ....  
Institutionskennzeichen IK  IK

**Weitere Betriebsstätten, für die eine Präqualifizierung beantragt wird, sind in einer Anlage anzugeben.**

## Berufliche Anforderung an die fachliche Leitung

Die Versorgungsbereiche, für die eine Präqualifizierung beantragt wird, sind anzukreuzen. In **Spalte 3** sind die Nummern der Betriebsstätten, Filialen einzutragen, für die der Versorgungsbereich ebenfalls beantragt wird.

OTM	Orthopädietechnikermeister/in
IOTR	Dipl.-Ing./-in für Orthopädie- und Rehathechnik
OT	Orthopädietechniker/in
OTSM	Orthopädieschuhmachermeister/in
OTS	Orthopädieschumacher/in
IMED	Dipl.-Ing./-in der Fachrichtung Medizintechnik
FS	Fachverkäufer/-in Sanitätsfachhandel
APO	Apotheker/in
GKA	Gesundheits- und Krankenpfleger/-in Altenpfleger/-in
TMED	Techniker/in Fachrichtung Medizintechnik
HEB	Hebammen/ Entbindungspfleger
RBS	Rehabilitationslehrer/-in für Blinde und Sehbehinderte
ZE	Zertifizierte/r Epithetiker/-in
GQ	Gleichwertige Qualifikation

Versorgungsbereiche		Nr. Betrieb Filiale	Versorgungsteilbereiche	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Berufliche Anforderungen
<input type="checkbox"/>	<b>01A</b>		01.35.01 01.99.01.2 01.99.01.5	Milchpumpen	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, TMED, HEB, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>01B</b>		01.24.01-04	Sekret-Absauggeräte	OTM, IOTR, OT, IMED, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>01C</b>		01.24.05	Hilfsmittel zur Wunddrainage	OTM, IOTR, OT, IMED, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>01D</b>		01.99.01.0-1 01.99.01.3-4	Absaugkatheter Absaugrohre für Laryngektomierte Sonstiges Zubehör Geschlossene Absaugsysteme	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>02A</b>		02.40.01-6 02.40.07.0 02.40.07.3	Anziehhilfen Ess- und Trinkhilfen Rutschfeste Unterlagen Greifhilfen, Halterungen Schreibhilfen Mundstab, Leseständer	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>02B</b>		02.40.07.1-2 02.99.01-04	Umblättrgeräte Bedienungssensoren	OTM, IOTR, IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>02C</b>		02.99.05	Umfeldkontrollgeräte für elektrische Geräte	IOTR, IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>03A</b>		03.36.01.0-1	Spülsysteme, schwerkraft- und pumpenabhängig	OTM, IOTR, OT, IMED, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>03B</b>		03.99.01-03	Spritzen und Zubehör Pens	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>03C</b>		03.36.02-03 03.99.07-10	Transnasale und perkutane Ernährungssonden Überleitsysteme Mischsysteme Zubehör	OTM, IOTR, IMED, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>03D</b>		03.36.01.2	Elektrisch betriebene Spülsysteme	OTM, IOTR, OT, IMED, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>03E</b>		03.99.04-06 03.99.12	Pumpensysteme	OTM, IOTR, IMED, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>04A</b>		04.40.01	Badewannenlifter	OTM, IOTR, OT, IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>04B</b>		04.40.02-05	Badewannensitze, Duschhilfen Badewanneneinsätze Sicherheitsgriffe, Aufrichtehilfen	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>05A</b>		05.01.01 05.02.01 05.04.01	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen bis einschließlich Knie)	OTM, IOTR, OT, OTSM, OTS, FS, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>05B</b>		05.07.01-02 05.08.01 05.09.01-02 05.11.01 05.11.03.0-1 05.11.03.5 05.11.05	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)	OTM, IOTR, OT, FS, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>05C</b>		05.11.03.2 05.11.04	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)	OTM, IOTR, OT, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>05D</b>		05.05.01	Bandagen, industriell und individuell gefertigt	OTM, IOTR, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>05E</b>		05.11.03.3-4	Maßgefertigte Leibbinden	OTM, IOTR, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>06A</b>		06	Bestrahlungsggeräte	IMED, TMED, GQ

Versorgungsbereiche		Nr. Betrieb Filiale	Versorgungsteilbereiche	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Berufliche Anforderungen
<input type="checkbox"/>	<b>07A</b>		07.50.01	Blindenlangstöcke	OTM, IOTR, OT, IMED, RBS, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>07B</b>		07.50.02	Elektronische Blindenleitgeräte	IMED, RBS, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>07C</b>		07.99.01-05	Blindenhilfsmittel	IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>07D</b>		07.99.99.6	Schulung in Orientierung und Mobilität (Unterweisung in die Nutzung des Hilfsmittels Langstock und elektronische Blindenleitgeräte)	RBS, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>08A</b>		08.03.06	Stoßabsorber Verkürzungsausgleiche	OTM, IOTR, OT, OTSM, OTS, FS, APO, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>08B</b>		08.03.01-05 08.03.07	Kopieeinlagen Bettungseinlagen Schaleneinlagen Einlagen mit Korrekturbacken Fersenschalen	OTM, IOTR, OTSM, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>09A</b>		09	Elektrostimulationsgeräte	OTM, IOTR, IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>10A</b>		10.46.01 10.50.04 10.50.01-03	Gehgestelle Fahrbare Gehhilfen Hand-/Gehstöcke Unterarmgehstützen Achselstützen	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>10B</b>		10.46.02-03 10.99.02	Gehwagen Gehübungsgeräte Sonstige Gehhilfen	OTM, IOTR, OT, IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>11A</b>		11.11.05 11.29.01-12	Hilfsmittel gegen Dekubitus (Statische Positionierungshilfen und Produkte zur Leib-/Rumpfersorgung, Ganzkörperversorgung)	OTM, IOTR, IMED, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>11B</b>		11.39.01-04 11.41.01	Hilfsmittel gegen Dekubitus (Sitzunterstützung, Rückenversorgung)	OTM, IOTR, OT, IMED, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>12A</b>		12	Hilfsmittel bei Tracheostoma	IMED, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>14A</b>		14.24.14.0 14.24.15.0 14.24.15.2-6 14.24.17.2-3 14.24.20-24	Modulare respiratorische Systeme Ergänzungen für modulare respiratorische Systeme Basisgeräte für schlafbezogene Atemstörungen Atemgasbefeuchter CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen	IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>14B</b>		14.24.16.1-6	Konfektionierte Masken zur Adaption respiratorischer Systeme	IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>14C</b>		14.24.16.7	Individuell angefertigte Masken zur Adaption respiratorischer Systeme	IMED, TMED, ZE, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>14D</b>		14.24.01-03 14.24.08.0-1	Aerosol-Inhalationsgeräte Inhalationshilfen PEP-Mundsysteme PEP-Maskensysteme	OTM, IOTR, OT, IMED, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>14E</b>		14.24.08.2-3	Abklopf- und Vibrationsgeräte In-/Exsufflator	IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>14F</b>		14.24.04-05	Sauerstofftherapiegeräte	IOTR, IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>14G</b>		14.24.10-12 14.24.14.1 14.24.15.1 14.24.15.7-9 14.24.17.0-1 14.24.25	Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung Zubehör zur Erweiterung von Beatmungsgeräten und -modulen Basisgeräte für Beatmung Modulare, respiratorische Systeme Atemgasbefeuchter Spezialgeräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen	IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>15A</b>		15.25.01-10 15.25.12 15.25.14-18 15.25.19.0-1 15.25.20-22 15.25.24	Inkontinenzhilfen <u>außer</u> Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>15B</b>		15.25.19.2	Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>16A</b>		16.99.01-08	Kommunikationshilfen	GQ
<input type="checkbox"/>	<b>16B</b>		16.99.09	Signalanlagen für Gehörlose	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, GKA, TMED, HAM, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>17A</b>		17.06.01-05 17.06.07-20	Medizinische Kompressionsstrümpfe	OTM, IOTR, OT, OTSM, OTS, FS, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>17B</b>		17.10.01 17.10.03-05	Medizinische Kompressionsarmstrümpfe	OTM, IOTR, OT, FS, APO, GKA, GQ

Versorgungsbereiche		Nr. Betrieb Filiale	Versorgungs- teilbereiche	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Berufliche Anforderungen
<input type="checkbox"/>	17C		17.06.06 17.07.01 17.10.02 17.11.01	Hilfsmittel zur Narbenkompression	OTM, IOTR, GQ
<input type="checkbox"/>	17D		17.17.01	Hilfsmittel zur Narbenkompression (Kopf)	OTM, IOTR, ZE, GQ
<input type="checkbox"/>	17E		17.99.01-02	Apparate zur Kompressionstherapie	OTM, IOTR, OT, IMED, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	18A		18.46.04-05 18.50.01-05 18.51.01-02 18.51.04-06 18.65.01 18.99.01-09 18.99.11 50.45.07-08	Kranken-/Behindertenfahrzeuge Rollstühle mit Sitzkantelung Pflegerollstühle	OTM, IOTR, OT, IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	18B		18.46.02 18.46.03	Toilettenrollstühle Duschrollstühle	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	19A		19.40.01-03 50.45.01-04 50.45.06 50.45.09	Krankenpflegeartikel (Behindertengerechte Betten, Zurichtungen und Zubehör) Pflegebetten, Zurichtungen und Zubehör Sitzhilfen zur Pflegeererleichterung (im Bett) N.N. (Stretch-Lifter)	OTM, IOTR, OT, IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	19B		19.40.04-05 19.99.01 51.40.01 51.45.01 51.45.02 53.45.01 54 98.99.01	Krankenpflegeartikel Produkte zur Hygiene im Bett Waschsysteme N.N. (Extremitätenspreizer) Lagerungsrollen Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel Sonstige Pflegehilfsmittel	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	20A		20.10.01 20.29.02	Lagerungsschalen für Arme Funktionelle Lagerungssysteme für Kinder	OTM, IOTR, GQ
<input type="checkbox"/>	20B		20.09.01 20.10.02 20.29.01 20.29.04	Schulterabduktionslagerungshilfen Armlagerungsplatten bei Parese Lagerungskeile Therapiehilfen	OTM, IOTR, OT, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	20C		20.06.02	Beinlagerungshilfen	OTM, IOTR, OT, OTSM, OTS, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	20D		20.29.03	Therapieliegen bei Mukoviszidose	OTM, IOTR, OT, IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	20E		20.39.01	Sitzringe	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	20F		20.29.98 20.29.99	Lagerungshilfen, individuell oder in Sonderanfertigung (Ganzkörper)	OTM, IOTR, GQ
<input type="checkbox"/>	20G		20.29.98 20.29.99	Lagerungshilfen, individuell oder in Sonderanfertigung (Versorgungen bis einschließlich Knie)	OTM, IOTR, OTSM, GQ
<input type="checkbox"/>	21A		21.30.01-02 21.46.01	Überwachungsgeräte für Vitalfunktionen bei Kindern Überwachungsgeräte zur nicht-invasiven Blutgaskontrolle Anfall-Überwachungsgeräte für Epilepsiekranke	IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	21B		21.24.01 21.28.01 21.34.01-02 21.99.01-02	Messgeräte zur Lungenfunktionsmessung Blutdruckmessgeräte Blutgerinnungsmessgeräte / Blutzuckermessgeräte Personenwaagen Sprachausgaben zu Messgeräten	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	22A		22.29.01 22.29.02	Umsetz- und Hebehilfen Aufstehhilfen/-vorrichtungen für Sessel/Stühle	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	22B		22.40.01-05 22.50.01 22.51.01-04	Lifter und Zubehör zu Liftern Rampensysteme Zwei-/Dreiräder und Zubehör	OTM, IOTR, OT, IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	23A		23.01.01 23.07.01.1-2 23.08.04 23.11.01 23.12.03 23.13.01.0 23.07.02	Orthesen, industriell hergestellt, ohne Anpassung	OTM, IOTR, OT, FS, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	23B		23.02.03 23.03.02.1-4 23.04.04 23.04.06 23.04.07.0	Orthesen, industriell hergestellt, mit handwerklich relevanter Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie) Lagerungsschalen für Fuß/Unterschenkel	OTM, IOTR, OTSM, GQ
<input type="checkbox"/>	23C		23.02.01-02 23.03.01 23.03.02.5-6 23.04.01-03 23.04.05 20.06.01.0 23.06.01-04 23.03.02.0	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie) Lagerungsschalen für Fuß/Unterschenkel	OTM, IOTR, OT, OTSM, OTS, GQ
<input type="checkbox"/>	23D		23.05.01-02 23.06.05-06 23.08.05	Orthesen, industriell hergestellt, mit handwerklich relevanter Anpassung (Versorgungen oberhalb des Knies)	OTM, IOTR, GQ

Versorgungsbereiche		Nr. Betrieb Filiale	Versorgungs- teilbereiche	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Berufliche Anforderungen
			23.09.01-04 23.12.01 23.15.02-04		
<input type="checkbox"/>	<b>23E</b>		23.02.30-32 23.03.30-34 23.04.30-32	Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen unterhalb des Knies)	OTM, IOTR, OTSM, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>23F</b>		23.07.01.0 23.07.02-04 23.08.01-03 23.10.01 23.13.01.1 23.14.01-04 23.15.01 23.16.01.0-3 23.16.02.0-1 23.12.02 23.16.03	Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen oberhalb des Knies einschließlich Knie) und Kopfschutzhelme/-bandagen, handwerklich hergestellt	OTM, IOTR, OT, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>23G</b>		23.05.30-31 23.06.30-31 23.07.30-38 23.08.30-31 23.09.30-34 23.10.30-34 23.11.30 23.12.30 23.13.30 23.14.30 23.15.30-31 23.16.01.4-6 23.16.02.2 20.06.01.1 23.29.01	Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen oberhalb des Knies einschließlich Knie)	OTM, IOTR, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>24A</b>		24.01.01-06 24.03.01-39	Prothesen Beinprothesen (Fuß- und Zehenersatz)	OTM, IOTR, OTSM, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>24B</b>		24.03.40-45 24.04.01-53 24.05.01-22 24.06.01-84 24.99.01-07 24.99.10 24.99.13-15 24.99.19-21	Prothesen Beinprothesen	OTM, IOTR, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>24C</b>		24.35.01-08	Prothesen Brustprothesen mit Halterungen	OTM, IOTR, OT, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>24F</b>		24.###.##	Epithesen (Hals-/Kopfbereich)	OTM, ZE, OC, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>24G</b>		24.###.##	Epithesen (Leib/Rumpf)	OTM, ZE, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>24J</b>		24.###.##	Prothesen Armprothesen	OTM, IOTR, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>25C</b>		25.21.36.4 25.21.37.0	Okklusionspflaster Uhrglasverbände	APO, AOM, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>26A</b>		26.11.01-05	Sitzschalen Kinder-Sitzsysteme, modular Therapiestühle /-sitzhilfen für Kinder	OTM, IOTR, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>26B</b>		26.11.06 26.46.01-02 26.99.03	Autokindersitze für Behinderte Arthrodesensitzkissen Arthrodesenstühle Sitzkeil für Kinder	OTM, IOTR, OT, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>27A</b>		27	Sprechhilfen	IMED, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>28A</b>		28	Stehhilfen	OTM, IOTR, OT, IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>29A</b>		29 05.11.03.2	Stomaartikel Konfektionierte Stomabandagen	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>31A</b>		31 02.40.01.2-3 10.50.01-03 17.06.06	Schuhe Gehstöcke Strumpfanziehilfen Hilfsmittel zur Narbenkompression, Bein	OTSM, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>31B</b>		31 02.40.01.2-3 10.50.01-03 17.06.06	Schuhzurichtungen Gehstöcke Strumpfanziehilfen Hilfsmittel zur Narbenkompression, Bein	OTSM, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>31C</b>		31.03.03 02.40.01.2-3 10.50.01-03 17.06.06	Schuhe, industriell hergestellt Gehstöcke, Strumpfanziehilfen Hilfsmittel zur Narbenkompression, Bein	OTM, IOTR, OTSM, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>31D</b>		31.03.07 31.03.08 02.40.01.2-3 10.50.01-03 17.06.06	Schuhe, Schutzschuhe und Diabetesfußbettungen, Gehstöcke Strumpfanziehilfen Hilfsmittel zur Narbenkompression, Bein	OTM, OTSM, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>32A</b>		32.06.01 32.07.01 32.10.01 32.29.01 32.29.02 32.99.01	Therapeutische Bewegungsgeräte	OTM, IOTR, OT, IMED, TMED, GQ

Versorgungsbereiche		Nr. Betrieb Filiale	Versorgungs- teilbereiche	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Berufliche Anforderungen
<input type="checkbox"/>	<b>32B</b>		32.04.01 32.09.01	CPM-Motorbewegungsschienen	OTM, IOTR, OT, IMED, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>33A</b>		33	Toilettenhilfen	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>99A</b>		99.17.01	N.N. (Kopfschutzhelme/-bandagen) konfektionierte Produkte	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>99B</b>		99.22.01	N.N. (Kiefermuskeltrainer)	OTM, IOTR, OT, IMED, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>99C</b>		99.27.01	Erektionsringe	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>99D</b>		99.27.02	Vakuum-Erektionssysteme	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>99E</b>		99.27.03	N.N. (Vaginaltrainer)	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>99F</b>		99.42.01	N.N. (Hilfsmittel zur Anwendung an der Nase)	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	<b>99G</b>		99.99.01	Blindenführhunde	(Regelungen werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt)



## Allgemeine Anforderungen

Allgemeine Anforderungen	Nachweise bei Präqualifizierung oder Eigenerklärung	Nachweise bei Repräqualifizierung	Erklärung und Nachweise
Die berufsrechtlichen Voraussetzungen sind erfüllt	Kopie der <b>Gewerbeanmeldung</b> , sofern es sich um einen Gewerbebetrieb handelt oder des <b>Handelsregister-auszugs oder der Eintragung in das Berufsregister</b> des Firmensitzes (Handwerksrolle oder Industrie- und Handelskammer, Approbation u. ä.) oder Eigenerklärung bei Gewerbebetreibenden, die nicht zum Eintrag verpflichtet sind oder <b>Erklärung der Zugehörigkeit zu freien Berufen</b> .	Bei Änderung der Gegebenheiten	<input type="checkbox"/> ja
Abschluss einer Betriebshaftpflicht-versicherung, die mindestens Personen-, Sach- und Vermögensschäden abdeckt	<b>Kopie eines aktuellen Versicherungsnachweises, der nicht älter als zwölf Monate ist.</b>	aktueller Nachweis erforderlich	<input type="checkbox"/> ja
<b>Insolvenzfreiheit</b> Eigenerklärung, dass über das Firmenvermögen das Insolvenzverfahren oder ein vergleichbares Verfahren nicht eröffnet, die Eröffnung nicht beantragt oder mangels Masse abgelehnt worden ist und sich die Firma nicht in Liquidation befindet. (Als ausländischer Anbieter ist eine Eigenerklärung erforderlich, dass sich die Firma nicht in Verhältnissen, die nach den Rechtsvorschriften des Herkunftslandes mit den genannten Verfahren vergleichbar sind, befindet.)	<b>Eigenerklärung</b> Hiermit versichere ich Ihnen/versichern wir Ihnen, dass im Sinne der Insolvenzordnung über mein/unser Firmenvermögen weder ein Insolvenzverfahren eröffnet wurde, oder beantragt wurde, oder mangels Masse abgelehnt wurde.	Bei Änderung der Gegebenheiten	<input type="checkbox"/> ja
<b>Zahlung der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge</b> Eigenerklärung, dass die Firma der gesetzlichen Verpflichtungen zur Zahlung der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge nachgekommen ist oder nachkommt.	<b>Eigenerklärung</b> Hiermit versichere ich Ihnen/versichern wir Ihnen, dass ich/wir meiner/unserer gesetzlichen Verpflichtung nachkomme(n), meine/unsere privaten und betrieblichen Steuern fristgerecht und vollständig zu begleichen. Des Weiteren versichere ich/versichern wir, dass die zu zahlenden Sozialversicherungsbeiträge fristgerecht und vollständig von mir/uns beglichen werden.	Bei Änderung der Gegebenheiten	<input type="checkbox"/> ja
Erfüllung der gewerberechtlichen Voraussetzungen	Bei Gewerbebetreibenden <b>Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150a GewO.</b>	aktueller Nachweis erforderlich	<input type="checkbox"/> ja
<b>Beachtung des Datenschutzes</b> Eigenerklärung über die Einhaltung der Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes	<b>Eigenerklärung</b> Hiermit versichere ich Ihnen/versichern wir Ihnen, dass ich meiner/wir unserer gesetzlichen Verpflichtung zur ordnungsgemäßen und datenschutzgerechten Erledigung sämtlicher Aufgaben, die bei der Durchführung von Versorgung der Leistungsempfänger anfallen, nachkomme(n). Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, die Verarbeitung der uns übergebenen personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen der vertraglich festgelegten Vereinbarungen zu verwenden. Die bei der Datenverarbeitung eingesetzten Mitarbeiter/innen sind schriftlich auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG verpflichtet.	Bei Änderung der Gegebenheiten	<input type="checkbox"/> ja
Die Voraussetzungen nach § 128 SGB V werden eingehalten	<b>Eigenerklärung</b> Hiermit versichere ich Ihnen/versichern wir Ihnen, dass ich meiner/wir unserer gesetzlichen Verpflichtung zur Einhaltung des § 128 SGB V nachkomme. 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 und gewähren keine Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln.	Bei Änderung der Gegebenheiten	<input type="checkbox"/> ja

## Organisatorische Voraussetzungen

Versorgungsbereiche (x) weitere Vertriebswege sind möglich	Ich/wir erfüllen folgende organisatorischen Voraussetzungen	schriftliche Selbstverpflichtung (Eigenerklärung)	Erklärung und Nachweise
01 B, 01 C, 01 D, 03 E, 11 A, 11 B, 12A, 14A, 14B, 14C, 14F, 14G, 18A, 19A, 21A, 27A	Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer Erreichbarkeit von qualifiziertem Personal (Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden)	Ich/wir gewährleisten die Einhaltung des telefonischen Notdienstes durch mit den Versorgungsbereichen betrautem, qualifiziertem Personal mit Angabe der Servicetelefonnummer(n)	<input type="checkbox"/> ja
01 B, 01 C, 01 D, 03 E, 11 A, 11 B, 12A, 14A, 14B, 14C, 14F, 14G, 21A	Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal (Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden)	Ich/wir gewährleisten die Einhaltung des persönlichen Notdienstes durch mit den Versorgungsbereichen betrautem, qualifiziertem Personal	<input type="checkbox"/> ja
alle Bereiche mit Ausnahme von 05 E, 07D, 08B, 20 F, 20 G, 23 E, 23 G, 31A, 31B, 99G	Sicherstellung der zeitnahen Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen (Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden)	Ich/wir gewährleisten die Sicherstellung der zeitnahen Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen inkl. Beschreibung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ja
01 A, 01 B, 01 D, 02 A, 02 B, 03 D, 03 E, 04 A, 04 B, 07 A, 09 A, 10 A, 10 B, 11 A, 11 B, 14 D, 15 B, 16 B, 17 E, 18 A, 18 B, 19 A, 20 A-G, 21 B, 22 A, 22 B, 23 B-G, 24 A, 24 B, 24 F, 24 G, 24 J, 28 A, 31 C, 31 D, 32 A, 32 B und 33 A	Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen	Ich/wir gewährleisten die Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen inkl. Beschreibung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ja
01 A, 01 B, 02 B, 03 D, 03 E, 04 A, 04 B, 09 A, 10 A, 10 B, 11 A, 11 B, 14 D, 15 B, 16 B, 17 E, 18 A, 18 B, 19 A, 20 A-D, 21 B, 22 A, 22 B, 24 A, 24 B, 24 J, 26 A, 26 B, 28 A, 32 A, 32 B und 33 A	Für wieder einsetzbare Produkte Sicherstellung einer fachgerechten und produktgeeigneten Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung	Ich/wir gewährleisten die Sicherstellung einer fachgerechten und produktgeeigneten Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung inkl. Beschreibung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ja
alle Bereiche mit Ausnahme von 05 D, 05 E, 20 F, 20 G, 22 A, 22 B, 23 E, 23 G, 24 A-C, 24 F, 24 G, 31 D und 32 B	Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (konfektionierte Produkte)	Ich/wir gewährleisten die Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (gilt nur für konfektionierte Produkte)	<input type="checkbox"/> ja
01A -01D(x), 02A -2C(x), 03A -03E(x) 06A(x), 07A - 07C(x), 07D, 09A(x), 11A(x), 11B(x), 12A(x), 14A, 14B - 14E(x), 14F, 14G, 15A(x), 15B(x), 16A(x), 16B(x), 17E(x), 19B(x), 21A(x), 21B(x), 27A(x), 29A(x), 32B	Sicherstellung der zeitnahen Versorgung vor Ort, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten (gilt nicht für Hausbesuchsregelungen) [Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden]	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) Eigenerklärung über ausreichenden Fuhrpark oder andere geeignete Möglichkeit der Mobilität Angaben zur Erreichbarkeit des fachlichen Leiters/der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/> ja
01A -01D(x), 02A -2C(x), 03A -03E(x), 06A(x), 07A - 07C(x), 09A(x), 11A(x), 11B(x), 12A(x), 14A, 14B - 14E(x), 14F, 14G, 15A(x), 15B(x), 16A(x), 16B(x), 17E(x), 19B(x), 21A(x), 21B(x), 27A(x), 29A(x)	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 (gilt nicht für Hausbesuchsregelungen) [Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden]	Ich/wir gewährleisten die Vorhaltung von verschiedenen Produkten vor Ort und Verfahrensbeschreibung	<input type="checkbox"/> ja
01A -01D(x), 02A -2C(x), 03A -03E(x), 06A(x), 07A - 07C(x), 09A(x), 11A(x), 11B(x), 12A(x), 14A, 14B - 14E(x), 14F, 14G, 15A(x), 15B(x), 16A(x), 16B(x), 17E(x), 19B(x), 21A(x), 21B(x), 27A(x), 29A(x), 32B	Sicherstellung der Beratung und Einweisung im allgemeinen Lebensbereich der Versicherten (Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden; gilt nicht für Hausbesuchsregelungen)	Ich/wir gewährleisten die sachgerechte Beratung und Einweisung des Versicherten durch qualifiziertes Personal	<input type="checkbox"/> ja

**Bei den im Kriterienkatalog angegebenen Versorgungs(teil)bereichen ist folgendes zu gewährleisten.**

Sicherstellung der zeitnahen Versorgung vor Ort, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten (gilt nicht für Hausbesuchsregelungen)

[Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden]

**ACHTUNG!** Hier ist eine **Beschreibung der Maßnahmen** für eine sachgerechte Lieferung, ggf. Installation, Inbetriebnahme bzw. Anpassung der Hilfsmittel vor Ort, insbesondere der organisatorischen Rahmenbedingungen des Außendienstesatzes inkl. Organisationsdiagramm (bezogen auf die Leistungserbringung: Mitarbeiter des Unternehmens oder externe Mitarbeiter)

- **Nachweis über ausreichenden Fuhrpark oder andere geeignete Möglichkeit der Mobilität.  
( Kopie vom Fahrzeugschein oder Foto )**
  
- **Angaben zur Erreichbarkeit des fachlichen Leiters/der verantwortlichen Person .**

## Räumliche Voraussetzungen

Versorgungsbereiche (x) weitere Vertriebswege sind möglich	Ich/wir erfüllen folgende räumlichen Voraussetzungen	Erklärung und Nachweise *1
alle Bereiche mit Ausnahme von 07D, 14A, 14F, 14G, 32B, 99G	Verkaufs-/Empfangsbereich	<input type="checkbox"/> ja
05B, 05C, 05D, 05E, 14B, 14C (x), 17A, 17C, 17E (x), 19A, 20A, 20B, 20C, 20D, 20E, 20G, 23G, 29A (x)	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Liege	<input type="checkbox"/> ja
alle Bereiche mit Ausnahme von 04A, 04B, 05B – 05E, 07D, 10A, 10B, 14A, 14B, 14C, 14G, 17A, 17C, 17E, 19A, 20A – 20G, 23G, 25D – 25F, 28A, 29A, 32B, 33A, 99G	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit	<input type="checkbox"/> ja
23E, 23G, 24A, 24A, 24D, 31A – 31D	Laufgang/Ganganalysebereich, optisch und akustisch abgegrenzt	<input type="checkbox"/> ja
05A – 05E, 10A, 10B, 11B, 16A(x), 16B (x), 18A, 18B, 19A, 20A – 20G, 22A, 22B, 23A – 23G, 24A, 24B, 26A, 26B, 28A, 31A – 31D, 32A	Behindertengerechter Zugang: Türen müssen eine lichte Breite von mindestens 90 cm haben. Untere Türansschläge und -schwellen sind grundsätzlich zu vermeiden. Soweit sie unbedingt erforderlich sind, müssen geeignete Rampen zur Verfügung stehen. Der Türdrücker sollte in 85 cm Höhe angebracht sein. <b>(gilt bei Bezug von neuen Räumlichkeiten)</b>	<input type="checkbox"/> ja
05A – 05E, 10A, 10B, 11B, 16A(x), 16B (x), 18A, 18B, 19A, 20A – 20G, 22A, 22B, 23B – 23G, 24A, 24B, 26A, 26B, 28A, 31A – 31D, 32A	<b>Behindertengerechte Toilette:</b> Die Tür darf nicht in den Sanitärraum schlagen. Die Tür des Sanitärraums muss abschließbar und im Notfall von außen zu entriegeln sein. Die Bewegungsfläche für Rollstuhlnutzer muss mindestens 120 cm breit und 120 cm tief sein. Unter dem Waschtisch muss Beinfreiraum vorhanden sein. Die Sitzhöhe des Klosettbeckens - einschließlich Sitz - muss 48 cm betragen. Im Bedarfsfall muss eine Höhenanpassung vorgenommen werden. Auf jeder Seite des Klosettbeckens sind klappbare, 15 cm über die Vorderkante des Beckens hinausragende Haltegriffe zu montieren, die in der waagerechten und senkrechten Position selbsttätig arretieren. Sie müssen am äußersten vorderen Punkt für eine Druckbelastung von 100 kg geeignet sein. <b>(gilt bei Bezug von neuen Räumlichkeiten)</b>	<input type="checkbox"/> ja
05D, 05E, 08B, 10B, 13A, 18A, 18B, 19A, 20A, 20F, 20G, 23B – 23G, 24A – 24J, 25A, 25E, 25F, 26A, 26B, 28A, 31A – 31D	Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen	<input type="checkbox"/> ja
alle Bereiche mit Ausnahme von 07D, 14C, 20F, 20G, 23E, 23G, 99G	Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	<input type="checkbox"/> ja
01A, 01B, 02B, 02C, 03D, 03E, 04A, 04B, 06A, 07B, 07C, 09A, 10A, 10B, 11A, 11B, 14A, 14D – 14G, 15B, 16A, 16B, 17E, 18A, 18B, 19A, 20A – 20D, 21A, 21B, 22A, 22B, 24A, 24B, 24J, 25E, 25F, 26A, 26B, 28A, 32A, 32B, 33A	Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte	<input type="checkbox"/> ja
29A (x)	Stomaartikel, konfektionierte Stomabandagen <b>Eigenerklärung</b> über Nutzungsmöglichkeit eines Handwaschbeckens durch den Versicherten.	<input type="checkbox"/> ja

(x) weitere Vertriebswege sind möglich

Versorgungen in den Versorgungsbereichen 01 A-D, 02 A, 02 B, 03 A-E, 07 A, 09 A, 11 A, 11 B, 14 D, 15 A, 15 B, 16 B, 17 E, 19 B, 21 B, 29 A können auch im allgemeinen Lebensbereich oder der häuslichen Umgebung des Versicherten stattfinden.

#### \*<sup>1</sup> Nachweise bei Präqualifizierung

Protokoll über Betriebsbegehung durch einschlägig fachlich ausgebildete Personen gemäß Anhang dieser Empfehlungen in den angegebenen Versorgungs(teil)bereichen für Neubetriebe, bei Bezug von neuen Räumlichkeiten oder bei maßgeblichen Änderungen (bauliche Maßnahmen u. ä.) sowie Mietvertrag oder Grundbuchauszug in einfacher Kopie (Angaben und Inhalte, die für den Nachweis der Erfüllung der räumlichen Voraussetzungen nicht relevant sind, können geschwärzt werden).

In allen übrigen Fällen:

Mietvertrag oder Grundbuchauszug in einfacher Kopie (Angaben und Inhalte, die für den Nachweis der Erfüllung der räumlichen Voraussetzungen nicht relevant sind, können geschwärzt werden),

- **Grundrisskizze,**
- **Raumskizze**
- **und Fotodokumentation.**

Bei Auffälligkeiten und Unplausibilitäten in den schriftlichen Unterlagen ist nach Stellungnahmemöglichkeit des Leistungserbringers in den angegebenen Versorgungs(teil)bereichen ebenfalls eine Betriebsbegehung - ggf. nur partiell - auf dessen Kosten durchzuführen. Dies setzt seine Beauftragung voraus, ansonsten ist von der Nichterfüllung der Anforderungen auszugehen.

Auf freiwilliger Basis kann auf Kosten des Leistungserbringers anstelle der schriftlichen Nachweisführung in den angegebenen Versorgungs(teil)bereichen eine Betriebsbegehung erfolgen.

**Nachweise bei Repräqualifizierung:** Bei Änderung der Gegebenheiten

## Sachliche Ausstattungsvoraussetzungen

Ausstattungsvoraussetzungen für die Versorgung in den Versorgungsbereichen der Orthopädie- und Reha-Technik.

Inventarbezeichnung	Vorhanden <sup>*2</sup>
<b>Schleifmaschine</b> Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja
<b>Fräse</b> Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja
<b>Bohrmaschine</b>	<input type="checkbox"/> ja
<b>Gipsbecken</b>	<input type="checkbox"/> ja
<b>Werkbank mit Werkzeugausstattung</b>	<input type="checkbox"/> ja
<b>Sattlernähmaschine/Reparaturnähmaschine</b> Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja
<b>Zuschneide- und Arbeitstisch</b>	<input type="checkbox"/> ja
<b>Tischnähmaschine</b> Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja
<b>Wärmeofen oder Wärmeplatte</b> Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja
<b>Heißluftgeräte zur thermoplastischen Verarbeitung von Kunststoffen sowie Arbeitsplatz zur Kunststoffverarbeitung</b> Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja
<b>Gießharz oder Laminat oder Klebstoff Arbeitsplatz</b>	<input type="checkbox"/> ja
<b>Tiefziehgerät</b> Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja
<b>Geeigneter Spiegel</b>	<input type="checkbox"/> ja

<sup>\*2</sup> Fotodokumentation der Gerätschaften

## **Einzureichende Unterlagen ( Nachweise )**

- Qualifikationsnachweise der fachlichen Leitung/en: Approbationsurkunde, Diplom-Urkunde, Berufsurkunde über eine abgeschlossene Berufsausbildung, Meisterbrief bzw. Ausnahmegenehmigung gem. Handwerksordnung
- Sonstige Befähigungsnachweise, Zeugnisse oder Tätigkeitsnachweise, Zertifikate
- Kopie der Gewerbeanmeldung
- Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 a GewO
- Kopie des Handelsregisterauszugs oder der Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes (Handwerksrolle oder Industrie- und Handelskammer)
- Kopie eines aktuellen Versicherungsnachweises (nicht älter als zwölf Monate) über eine Betriebshaftpflichtversicherung die mindestens Personen-, Sach- und Vermögensschäden abdeckt
- 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)  
Eigenerklärung über ausreichenden Fuhrpark oder andere geeignete Möglichkeit der Mobilität  
Angaben zur Erreichbarkeit des fachlichen Leiters/der verantwortlichen Person
- Kopie des/r Mietvertrages/Mietverträge oder Grundbuchauszug /- auszüge
- Grundrisse/Raumskizzen
- Fotodokumentation über Räumlichkeiten
  - Verkaufs-/Empfangsbereich
  - Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Liege
  - Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit
  - Laufgang/ Ganganalysebereich, optisch und akustisch abgegrenzt
  - Behindertenzugang ( nur bei Bezug von neuen Räumlichkeiten )
  - Behinderten WC ( nur bei Bezug von neuen Räumlichkeiten )
  - Werkstattraum/ -platz für Herstellung, Anpassung und Zurichtung
  - Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebene Spezifikation.
  - Für einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte.
- Fotodokumentation Sachmittelausstattung
- Nachweis über einen ausreichenden Fuhrpark oder andere geeignete Möglichkeiten der Mobilität
- Angaben zur Erreichbarkeit der fachlichen Leitung/en bzw. der verantwortlichen Personen
- Organisationsdiagramm
- ggf. Protokoll der Betriebsbegehung
- bestehende Zulassungen und Lieferberechtigungen von Kostenträgern
- Letztgültige Präqualifizierungsbestätigung [nicht bei Erstpräqualifizierung]

**GPQG** Gesellschaft für Präqualifizierung  
im Gesundheitswesen mbH

Kanalstraße 24

**D-24159 Kiel**

### **Erklärung des Antragstellers und der fachlichen Leitungen**

Ich/wir erkläre(n), dass die abgegebenen Erklärungen und 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 **GPQG**, Gesellschaft für Präqualifizierung im Gesundheitswesen mbH 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 zum Entzug der Präqualifizierung führen.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des/der Antragstellers

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift(en) der fachlichen Leitung(en)  
-----

Firmenstempel

