

Präqualifizierungsantrag

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

Registriernummer:

[wird von der Präqualifizierungsstelle vergeben]

Präqualifizierungsstelle 006
Kriterienkatalog: 1.0.0

Gruppe der Leistungserbringer

Apotheke

Antragsteller, Hauptapotheke

Apothekenname

Gesellschaftsform

Inhaber

Apothekenleitung

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

Hauptapotheke

Filialapotheke **1**

Apothekenname

Ort _____ Plz _____

Straße _____ Nr. _____

Apothekenleitung _____

Institutionskennzeichen IK IK

Filialapotheke **2**

Apothekenname

Ort _____ Plz _____

Straße _____ Nr. _____

Apothekenleitung _____

Institutionskennzeichen IK IK

Filialapotheke **3**

Apothekenname

Ort _____ Plz _____

Straße _____ Nr. _____

Apothekenleitung _____

Institutionskennzeichen IK IK

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	Orthopädienschuhmachermeister/in
OTS	Orthopädienschuhmacher/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
GQ	Gleichwertige Qualifikation

Versorgungsbereiche		Nr. Betrieb Filiale	Versorgungsteilbereiche	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Berufliche Anforderungen
<input type="checkbox"/>	01A		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"/>	01B		01.24.01-04	Sekret-Absauggeräte	OTM, IOTR, OT, IMED, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	01C		01.24.05	Hilfsmittel zur Wunddrainage	OTM, IOTR, OT, IMED, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	01D		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"/>	02A		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"/>	03A		03.36.01.0-1	Spülsysteme, schwerkraft- und pumpenabhängig	OTM, IOTR, OT, IMED, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	03B		03.99.01-03	Spritzen und Zubehör Pens	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	03C		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"/>	03D		03.36.01.2	Elektrisch betriebene Spülsysteme	OTM, IOTR, OT, IMED, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	03E		03.99.04-06 03.99.12	Pumpensysteme	OTM, IOTR, IMED, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	04B		04.40.02-05	Badewannensitze, Duschhilfen Badewanneneinsätze Sicherheitsgriffe, Aufrichtehilfen	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	05A		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"/>	05B		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"/>	08A		08.03.06	Stoßabsorber Verkürzungsausgleiche	OTM, IOTR, OT, OTSM, OTS, FS, APO, GQ
<input type="checkbox"/>	10A		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"/>	14D		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"/>	15A		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

Versorgungsbereiche		Nr. Betrieb Filiale	Versorgungsteilbereiche	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Berufliche Anforderungen
<input type="checkbox"/>	15B		15.25.19.2	Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskulaktivität	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	17A		17.06.01-05 17.06.07-20	Medizinische Kompressionsstrümpfe	OTM, IOTR, OT, OTSM, OTS, FS, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	17B		17.10.01 17.10.03-05	Medizinische Kompressionsarmstrümpfe	OTM, IOTR, OT, FS, APO, GKA, 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"/>	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"/>	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"/>	20E		20.39.01	Sitzringe	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, 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"/>	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"/>	25C		25.21.36.4 25.21.37.0	Okklusionspflaster Uhrglasverbände	AP0, AOM, GQ
<input type="checkbox"/>	29A		29 05.11.03.2	Stomaartikel Konfektionierte Stomabandagen	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	33A		33	Toilettenhilfen	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, TMED, GQ
<input type="checkbox"/>	99C		99.27.01	Erektionsringe	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	99D		99.27.02	Vakuum-Erektionssysteme	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	99E		99.27.03	N.N. (Vaginaltrainer)	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, GQ
<input type="checkbox"/>	99F		99.42.01	N.N. (Hilfsmittel zur Anwendung an der Nase)	OTM, IOTR, OT, IMED, FS, APO, GKA, GQ

Allgemeine Anforderungen

Allgemeine Anforderungen	Nachweise bei Präqualifizierung oder Eigenerklärung	Nachweise bei Repräqualifizierung	Erklärung oder Nachweise
Die berufsrechtlichen Voraussetzungen sind erfüllt	Kopie der Gewerbebeanmeldung , sofern es sich um einen Gewerbebetrieb handelt oder des Handelsregister-auszugs oder der Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes (Handwerksrolle oder Industrie- und Handelskammer, Approbation u. ä.) oder Eigenerklärung bei Gewerbebetreibenden, die nicht zum Eintrag verpflichtet sind oder Erklärung der Zugehörigkeit zu freien Berufen .	Bei Änderung der Gegebenheiten	<input type="checkbox"/> ja
Abschluss einer Betriebshaftpflicht-versicherung, die mindestens Personen-, Sach- und Vermögensschäden abdeckt	Kopie eines aktuellen Versicherungsnachweises, der nicht älter als zwölf Monate ist.	aktueller Nachweis erforderlich	<input type="checkbox"/> ja
Insolvenzfreiheit Eigenerklärung, dass über das Firmen-vermögen 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.)	Eigenerklärung 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
Zahlung der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge Eigenerklärung, dass die Firma der gesetzlichen Verpflichtungen zur Zahlung der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge nachgekommen ist oder nachkommt.	Eigenerklärung 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 Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150a GewO.	aktueller Nachweis erforderlich	<input type="checkbox"/> ja
Beachtung des Datenschutzes Eigenerklärung über die Einhaltung der Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes	Eigenerklärung 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 Versorgungen 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	Eigenerklärung Hiermit versichere ich Ihnen/versichern wir Ihnen, dass ich meiner/wir unserer gesetzlichen Verpflichtung zur Einhaltung des § 128 SGB V nachkommen. 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	Ich/wir erfüllen folgende organisatorischen Voraussetzungen	schriftliche Selbstverpflichtung (Eigenerklärung)	Erklärung oder Nachweise
01 C, 01 D, 03 E	Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. persönlicher Verfügbarkeit von qualifizier-tem 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
01A, 01B, 01C, 01D, 02A, 03A, 03B, 03C, 03D, 03E, 04B, 05A, 05B, 08A, 10A, 14D, 15A, 15B, 17A, 17B, 18B, 19B, 20B, 20C, 20E, 21B, 22A, 23A, 25C, 29A, 33A, 99C, 99D, 99E, 99F	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
01A, 01D, 02A, 03D, 03E, 04B, 10A, 14D, 15B, 18B, 20B, 20C, 20E, 21B, 22A, 33A	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
01A, 03D, 03E, 04B, 10A, 14D, 15B, 18B, 20B, 20C, 21B, 22A, 33A	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
01A, 01B, 01C, 01D, 02A, 03A, 03B, 03C, 03D, 03E, 04B, 05A, 05B, 08A, 10A, 14D, 15A, 15B, 17A, 17B, 18B, 19B, 20B, 20C, 20E, 21B, 23A, 25C, 29A, 33A, 99C, 99D, 99E, 99F	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

Räumliche Voraussetzungen

Versorgungsbereiche	Ich/wir erfüllen folgende räumlichen Voraussetzungen	Erklärung und Nachweise
04B, 05A, 05B, 08A, 10A, 17A, 17B, 18B, 20B, 20C, 20E, 22A, 23A, 25C, 29A, 33A	Verkaufs-/Empfangsbereich	<input type="checkbox"/> ja
05B, 17A, 20B, 20C, 20E	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Liege	<input type="checkbox"/> ja
05A, 08A, 17B, 18B, 22A, 23A, 25C, 99C, 99D, 99E, 99F	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit	<input type="checkbox"/> ja
05A, 05B, 10A, 18B, 20B, 20C, 20E, 22A, 23A	Behindertengerechter Zugang: Türen müssen eine lichte Breite von mindestens 90 cm haben. Untere Türanschlüsse und -schwelle sind grundsätzlich zu vermeiden. Soweit sie unbedingt erforderlich sind, müssen geeignete Rampen zur Verfügung stehen. Der Türdrücker sollte in 85 cm Höhe angebracht sein. (gilt bei Bezug von neuen Räumlichkeiten)	<input type="checkbox"/> ja
05A, 05B, 10A, 18B, 20B, 20C, 20E, 22A	Behindertengerechte Toilette: 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. (gilt bei Bezug von neuen Räumlichkeiten)	<input type="checkbox"/> ja
18B	Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen	<input type="checkbox"/> ja
01A, 01B, 01C, 01D, 02A, 03A, 03B, 03C, 03D, 03E, 04B, 05A, 05B, 08A, 10A, 14D, 15A, 15B, 17A, 17B, 18B, 19B, 20B, 20C, 20E, 21B, 22A, 23A, 25C, 29A, 33A, 99C, 99D, 99E, 99F	Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	<input type="checkbox"/> ja
01A, 03D, 03E, 04B, 10A, 14D, 15B, 18B, 20B, 20C, 21B, 22A, 33A	Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte	<input type="checkbox"/> ja

Nachweise bei Präqualifizierung

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

- **Grundriss**skizze,
- **Raum**skizze
- **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

Versorgungsbereich	Inventarbezeichnung	Vorhanden ^{*1}
18 B	Schleifmaschine Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja
05 B, 18 B, 33 A	Bohrmaschine	<input type="checkbox"/> ja
18 B, 20 B, 20 C, 33 A	Werkbank mit Werkzeugausstattung	<input type="checkbox"/> ja
05 A, 05 B, 17 A, 17 B, 23 A, 29 A	Geeigneter Spiegel	<input type="checkbox"/> ja

*1 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
- 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 Antragstellenden 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 der Apothekenleitung

Ort, Datum

Unterschrift der Apothekenleitung

Ort, Datum

Unterschrift der Apothekenleitung

Ort, Datum

Unterschrift der Apothekenleitung

Firmenstempel