

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:

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

Präqualifizierungsstelle 006
Kriterienkatalog: 1.0.0

Gruppe der Leistungserbringer

- Orthopädieschuhmacher-Meister/in
- Orthopädieschuhmacher/in

Antragsteller, Hauptsitz des Unternehmens

Firmenname

Gesellschaftsform

Inhaber/in, Geschäftsführer/in

Fachliche Leitung(en)

Qualifikation der fachl. Ltg.

Ort Plz

Straße Nr.

Telefon Telefax

E mail

Institutionskennzeichen IK IK

Antragsstatus

- Erstantrag
- Präqualifizierung einer neuen Betriebsstätte
- Verlegung einer Betriebsstätte
- Änderung des Versorgungsumfanges
- 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(en) _____
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

**Weitere Betriebsstätten, für die eine Präqualifizierung beantragt wird, sind in einer Anlage anzugeben.
Berufliche Anforderung an die fachliche Leitung(en)**

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.

OTSM Orthopädieschuhmachermeister/in
OTS Orthopädieschumacher/in
GQ Gleichwertige Qualifikation

Versorgungsbereiche		Nr. Betrieb Filiale	Versorgungsteilbereiche	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Berufliche Anforderungen
<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"/>	08A		08.03.06	Stoßabsorber Verkürzungsausgleiche	OTM, IOTR, OT, OTSM, OTS , FS, APO, GQ
<input type="checkbox"/>	08B		08.03.01-05 08.03.07	Kopieeinlagen Bettungseinlagen Schaleneinlagen Einlagen mit Korrekturbacken Fersenschalen	OTM, IOTR, OTSM , 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"/>	20C		20.06.02	Beinlagerungshilfen	OTM, IOTR, OT, OTSM, OTS , APO, GKA, 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"/>	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"/>	23E		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"/>	24A		24.01.01-06 24.03.01-39	Prothesen Beinprothesen (Fuß- und Zehenersatz)	OTM, IOTR, OTSM , GQ
<input type="checkbox"/>	31A		31 02.40.01.2-3 10.50.01-03 17.06.06	Schuhe Gehstöcke Strumpfanziehhilfen Hilfsmittel zur Narbenkompression, Bein	OTSM , GQ
<input type="checkbox"/>	31B		31 02.40.01.2-3 10.50.01-03 17.06.06	Schuhzurichtungen Gehstöcke Strumpfanziehhilfen Hilfsmittel zur Narbenkompression, Bein	OTSM , GQ
<input type="checkbox"/>	31C		31.03.03 02.40.01.2-3 10.50.01-03 17.06.06	Schuhe, industriell hergestellt Gehstöcke, Strumpfanziehhilfen Hilfsmittel zur Narbenkompression, Bein	OTM, IOTR, OTSM , GQ
<input type="checkbox"/>	31D		31.03.07 31.03.08 02.40.01.2-3 10.50.01-03 17.06.06	Schuhe, Schutzschuhe und Diabetesfußbettungen, Gehstöcke Strumpfanziehhilfen Hilfsmittel zur Narbenkompression, Bein	OTM, OTSM , GQ

Allgemeine Anforderungen

Allgemeine Anforderungen	Nachweise bei Präqualifizierung oder Eigenerklärung	Nachweise bei Repräqualifizierung	Erklärung oder Nachweise
Die berufsrechtlichen Voraussetzungen sind erfüllt	Kopie der Gewerbeanmeldung , 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 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.)	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/unsere 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 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	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
05A, 08A, 17A, 20C, 23B, 23C, 24A, 31A, 31C, 31D	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
20C, 20G, 23B, 23C, 23E, 24A, 31A, 31B, 31C, 31D	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
20C, 24A	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
05A, 08A, 08B, 17A, 20C, 23B, 23C, 31C	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
05A, 08A, 08B, 17A, 20C, 20G, 23B, 23C, 23E, 24A, 31A, 31B, 31C, 31D	Verkaufs-/Empfangsbereich	<input type="checkbox"/> ja
17A, 20C, 20G	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Liege	<input type="checkbox"/> ja
05A, 08A, 08B, 17A, 20C, 20G, 23B, 23C, 23E, 24A, 31A, 31B, 31C, 31D	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit	<input type="checkbox"/> ja
23E, 24A, 31A, 31B, 31C, 31D	Laufgang/Ganganalysebereich, optisch und akustisch abgegrenzt	<input type="checkbox"/> ja
05A, 20C, 20G, 23B, 23C, 23E, 24A, 31A, 31B, 31C, 31D	Behindertengerechter Zugang: Türen müssen eine lichte Breite von mindestens 90 cm haben. Untere Türanschlüge 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, 20C, 20G, 23B, 23C, 23E, 24A, 31A, 31B, 31C, 31D	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
08B, 20G, 23B, 23C, 23E, 24A, 31A, 31B, 31C, 31D	Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen	<input type="checkbox"/> ja
05A, 08A, 08B, 17A, 20C, 20G, 23B, 23C, 23E, 24A, 31A, 31B, 31C, 31D	Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	<input type="checkbox"/> ja
20C, 24A	Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte	<input type="checkbox"/> ja

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

^{*2} 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 des/der Antragstellenden

Ort, Datum

Unterschrift(en) der fachlichen Leitung(en)


Firmenstempel