

Präqualifizierungsantrag

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

Zertifizierungsnummer:	 [wird von der GPQG vergeben]
Antragseingang am:	 [Eingangstempel GPQG]

Gruppe der Leistungserbringer

- Apotheke

Antragsteller, Hauptsitz des Unternehmens

Apothekename _____

Gesellschaftsform _____

Inhaber _____

Apothekenleitung _____

Ort _____ Plz _____

Straße _____ Nr. _____

Telefon _____ Telefax _____

E mail _____

Institutionskennzeichen IK	_____	IK	_____
Institutionskennzeichen IK	_____	IK	_____

Antragsstatus

- Erstantrag
- Folgeantrag
- Präqualifizierung einer neuen Betriebsstätte
- Verlegung einer Betriebsstätte
- Änderung des Versorgungsumfanges
- Wechsel der fachlichen Betriebsleitung
- Rechtsformänderung, Umfirmierung, Inhaberwechsel
- Sonstiges: _____

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

Filialapotheke **4**

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	Orthopädietechnikmeister/in
IOTR	Dipl.-Ing./-in für Orthopädie- und Rehathechnik
OT	Orthopädietechniker/-in, Bandagist/in
OB	Orthobionik B.Sc.
SPNK	Spezialisierte Person für Narbenkompression
IMED	Dipl.-Ing./-in der Fachrichtung Medizintechnik
BMT	Biomedizinische Technik B.Sc.
OTSM	Orthopädienschuhmachermeister/in
OTS	Orthopädienschuhmacher/in
FS	Kauffrau/mann Einzelhandel mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung im einschlägigen Fachhandel oder Fachverkäufer/in Sanitätsfachhandel oder ohne einschlägige Berufsausbildung mit mindestens fünfjähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe
MFA	Medizinische/r Fachangestellte/r (bis zum 31.07.2006 = Arzthelfer/in)
PT	Physiotherapeut/in
ET	Ergotherapeut/in
PD	Podologe/Podologin mit mindestens fünfjähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe
APO	Apotheker/in
GKA	Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Altenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in (frühere Bezeichnungen: Krankenschwester / Krankenpfleger sowie Kinderkrankenpfleger / Kinderkrankenpfleger)
RBS	Rehabilitationslehrer/-in für Blinde und Sehbehinderte / Staatlich geprüfte Fachkraft der Blinden- und Sehbehindertenrehabilitation
TMED	Techniker/in Fachrichtung Medizintechnik
EM	Systemelektroniker/in oder Elektromechaniker/in* mit 5-jähriger einschlägiger Berufspraxis oder mit Zusatzqualifikation "MTcert®" (* Ausbildung seit 08.2003 nicht mehr möglich)
TBT	Techniker für Biomedizin-Technik (med. technische Ausbildung in der DDR)
SPIA	Spezialisierte Personen für Inhalations- und Atemtherapiegeräte mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis
AT	Atmungstherapeut/-in (Respiratory Therapist) nach dem Curriculum des DGP oder der DGpW
ZE	Zertifizierte/r Epithetiker/-in nach dem Curriculum des dbve Zertifizierte/r Epithetiker/-in nach dem Curriculum des IASPE mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis
HEB	Hebammen / Entbindungspfleger
FM	Friseurmeister/-in
F	Friseur/-in, Maskenbildner/in
SHK	Installateur- und Heizungsbauermeister/in für Sanitär-, Heizungs- u. Klimatechnik mit Zusatzausbildung „Barrierefreies Bad – Wohnkomfort für Generationen“ des ZVSHK
RFB	Reha-Fachberater (BuFa / EGROH) mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe
ITSK	IT-Systemkauffrau/-mann mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe
IK	Informatikkauffrau/-mann mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe
INT	Informatik B.Eng. mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe
ELT	Elektrotechnik B.Eng. mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe
GQ	Gleichwertige Qualifikation

Versorgungsbereiche		Nr. Betrieb Filiale	Versorgungs- bereiche	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Berufliche Anforderungen	von der GPQG auszufüllen □ □ □ □
<input type="checkbox"/>	01A		01.35.01 01.99.01.2 01.99.01.5	Milchpumpen	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, MFA, APO , GKA, TMED, TBT, EM, HEB, GQ	□ □ □ □
<input type="checkbox"/>	01B		01.24.01-04	Sekret-Absauggeräte	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, APO , GKA, TMED, TBT, EM, GQ	□ □ □ □
<input type="checkbox"/>	01C		01.24.05	Hilfsmittel zur Wunddrainage	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, APO , GKA, TMED, TBT, EM, 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, BMT, FS, APO , GKA, TMED, TBT, EM, GQ	□ □ □ □
<input type="checkbox"/>	02A		02.40.01-6 02.40.07.0 02.40.07.1 02.40.07.3	Anziehhilfen Ess- und Trinkhilfen Rutschfeste Unterlagen Greifhilfen, Halterungen Umblättermittel / Blattwender Schreibhilfen Mundstab, Leseständer	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, ET, PT, APO , GKA, TMED, TBT, EM, GQ	□ □ □ □
<input type="checkbox"/>	03A		03.36.01.0-1	Spülsysteme, schwerkraft- und pumpenabhängig	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, APO , GKA, TMED, TBT, EM, GQ	□ □ □ □
<input type="checkbox"/>	03B		03.99.01-03	Spritzen und Zubehör Pens	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, MFA, APO , GKA, TMED, TBT, EM, GQ	□ □ □ □
<input type="checkbox"/>	03C8		03.36.02-04 03.36.05 03.99.07-10 03.99.13	Transnasale und perkutane Ernährungssonden Überleitsysteme Mischsysteme Zubehör	OTM, IOTR, IMED, BMT, APO , GKA, TMED, TBT, EM, GQ	□ □ □ □
<input type="checkbox"/>	03D		03.36.01.2	Elektrisch betriebene Spülsysteme	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, APO , GKA, TMED, TBT, EM, GQ	□ □ □ □
<input type="checkbox"/>	03E		03.99.04-06 03.99.12	Pumpensysteme	OTM, IOTR, IMED, BMT, APO , GKA, TMED, TBT, EM, GQ	□ □ □ □
<input type="checkbox"/>	04B		04.40.02-05	Badewannensitze, Duschhilfen Badewanneneinsätze Sicherheitsgriffe, Aufrichtehilfen	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, ET, PT, APO , GKA, TMED, TBT, EM, SHK, RFB, GQ	□ □ □ □
<input type="checkbox"/>	05A5		05.01.01 05.02.01 05.04.01 05.06.01.0	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen bis einschließlich Knie)	OTM, IOTR, OT, OB, OTSM, OTS, FS, ET, PT, APO , GKA, GQ	□ □ □ □
<input type="checkbox"/>	05B5		05.05.01 05.06.01.1 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, OB, FS, ET, PT, APO , GKA, GQ	□ □ □ □
<input type="checkbox"/>	05C		05.11.03.2 05.11.04	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)	OTM, IOTR, OT, OB, FS, APO , GQ	□ □ □ □
<input type="checkbox"/>	07A		07.50.01	Blindenlangstöcke	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, RBS, TMED, TBT, EM, FS, PT, ET, APO , GQ	□ □ □ □
<input type="checkbox"/>	08A		08.03.06	Stoßabsorber Verkürzungsausgleiche	OTM, IOTR, OT, OTSM, OTS, FS, APO , GQ	□ □ □ □
<input type="checkbox"/>	09A		09	Elektrostimulationsgeräte	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, TMED, TBT, EM, FS, MFA, PT, APO , GKA, 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, BMT, FS, ET, PT, APO , GKA, TMED, TBT, EM, RFB, 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, BMT, FS, PT, APO , GKA, TMED, TBT, EM, SPIA, GQ	□ □ □ □
<input type="checkbox"/>	15A8		15.25.01-10 15.25.12 15.25.14-18 15.25.19.0-1 15.25.20-22 15.25.24 15.25.30-32	Inkontinenzhilfen <u>außer</u> elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, APO , GKA, GQ	□ □ □ □

Versorgungsbereiche		Nr. Betrieb Filiale	Versorgungs- bereiche	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Berufliche Anforderungen	von der GPQG auszufüllen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15B		15.25.19.2	Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, MFA, PT, APO , GKA, TMED, TBT, EM, GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16A		16.99.01-08	Kommunikationshilfen	GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17A4		17.06.01-05 17.06.07-20 02.40.01.3	Medizinische Kompressionsstrümpfe Strumpfanziehhilfen für Kompressionsstrümpfe	OTM, IOTR, OT, OTSM, OTS, FS, MFA, PT, APO , PD, GKA, GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17B8		17.10.01 17.10.03-05 17.11.02.0 17.17.02.0	Medizinische Kompressionsversorgung außer Bein	OTM, IOTR, OT, FS, MFA, PT, APO , GKA, GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	18B		18.46.02 18.46.03	Toilettenrollstühle Duschrollstühle	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, PT, ET, APO , GKA, TMED, TBT, EM, RFB, GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	19B8		19.40.04-05 19.99.01 51.40.01 51.45.01 51.45.02 52.40.01 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, BMT, FS, MFA, PT, ET, APO , GKA, TMED, TBT, EM, RFB, GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	20C		20.06.02	Beinlagerungshilfen	OTM, IOTR, OT, OTSM, OTS, APO , GKA, GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	20E		20.39.01	Sitzringe	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, MFA, PT, ET, APO , GKA, GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<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, BMT, FS, MFA, APO , GKA, TMED, TBT, EM, GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	22A8		22.29.01.0 22.29.01.2-7 22.29.02	Umsetz- und Hebehilfen Aufstehhilfen/-vorrichtungen für Sessel/Stühle	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, APO , GKA, TMED, TBT, EM, RFB, GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	23A3		23.01.01 23.02.01 23.02.02.0-3 23.03.02.0 23.04.01.0-3 23.04.05.0	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie)	OTM, IOTR, OT, OB, OTSM, OTS, FS, MFA, PT, ET, APO , GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	23B3		23.07.01-02 23.08.04 23.09.01.0 23.11.01 23.12.03 23.13.01.0 23.14.03.0-3 23.16..02.0-1 23.16.03	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen oberhalb Knie)	OTM, IOTR, OT,OB, OTSM*, OTS*, FS, APO , GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	25C		25.21.36.4 25.21.37.0	Okklusionspflaster Uhrglasverbände	APO , AOM, IAO, GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	29A		29 05.11.03.2	Stomaartikel Konfektionierte Stomabandagen	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, MFA, APO , GKA, GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	33A		33	Toilettenhilfen	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, MFA, PT, ET, APO , GKA, TMED, TBT, EM, SHK, RFB, GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	99C		99.27.01	Erektionsringe	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, MFA, APO , GKA, GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	99D		99.27.02	Vakuum-Erektionssysteme	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, MFA, APO , GKA, GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	99E		99.27.03	N.N. (Vaginaltrainer)	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, MFA, APO , GKA, GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	99F		99.42.01	N.N. (Hilfsmittel zur Anwendung an der Nase)	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, MFA, APO , GKA, GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	99I8		99.17.02	Läuse- und Nissenkämme	OTM, IOTR, OT, IMED, BMT, FS, ET, PT, APO , GKA, TMED, TBT, EM, GQ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Allgemeine Anforderungen

Allgemeine Anforderungen	Nachweise bei Präqualifizierung oder Eigenerklärung	Nr. Betrieb Filiale	Erklärung und Nachweise	von der GPQG auszufüllen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Die berufsrechtlichen Voraussetzungen sind erfüllt	Kopie der Gewerbeanmeldung , sofern es sich um einen Gewerbebetrieb handelt oder des Handelsregistersauszugs oder der Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes (Handwerksrolle oder Industrie- und Handelskammer u. ä.) oder Eigenerklärung bei Gewerbebetreibenden, die nicht zum Eintrag verpflichtet sind oder Erklärung der Zugehörigkeit zu den freien Berufen .		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sicherstellung der Erreichbarkeit der fachlichen Leitung/en während der üblichen Betriebszeiten.	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.		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Abschluss einer Betriebshaftpflichtversicherung, die mindestens Personen-, Sach- und Vermögensschäden abdeckt (Details können versorgungs- / auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden.)	Kopie einer aktuellen Versicherungsbestätigung, die ausdrücklich Personen-, Sach- und Vermögensschäden auflistet, den Risikooort nennt und nicht älter als zwölf Monate ist.		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 oder beantragt oder mangels Masse abgelehnt wurde.		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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.		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Erfüllung der gewerberechtlichen Voraussetzungen	Bei Gewerbebetreibenden aktueller Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 GewO (zum Zeitpunkt der Antragstellung i.d.R. nicht älter als drei Monate).		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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.		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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.		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Angabe eines oder mehrerer Institutionskennzeichen/s (IK), das bzw. die im Vertragsgeschäft verwendet wird bzw. werden	Angabe eines oder mehrerer für die jeweilige Betriebsstätte vergebenen Institutionskennzeichen/s der Sammel- und Verteilungsstelle IK (SVI) der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen.		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Organisatorische Voraussetzungen

Versorgungsbereiche (x) weitere Vertriebswege sind möglich	Ich/wir erfüllen folgende organisatorischen Voraussetzungen	schriftliche Selbstverpflichtung (Eigenerklärung)	Nr. Betrieb Filiale	Erklärung und Nachweise	von der GPQG auszufüllen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
01B-D, 03E	Med.-techn. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer Erreichbarkeit von qualifiziertem Personal (Details können versorgungs- / auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden)	Eigenerklärung Ich/wir gewährleisten die Einhaltung des telefonischen Notdienstes durch mit den Versorgungen betrautem, qualifiziertem Personal mit Angabe der Servicetelefonnummer(n): _____ (Servicetelefonnummer)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
01B-D, 03E	Med.-techn. Notdienst mit täglich 24 Std. persönlicher Verfügbarkeit sowie telefonischer Erreichbarkeit von qualifiziertem Personal (Details können versorgungs- / auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden)	Eigenerklärung Ich/wir gewährleisten die Einhaltung des persönlichen und telefonischen Notdienstes durch mit den Versorgungen betrautem, qualifiziertem Personal mit Angabe der Servicetelefonnummer(n): _____ (Servicetelefonnummer)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
alle Bereiche	Sicherstellung der zeitnahen Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen (Details können versorgungs- / auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden)	Eigenerklärung Ich/wir gewährleisten die Sicherstellung der zeitnahen Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen. Die Beschreibung der Maßnahmen ist zusätzlich einzureichen.		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
01A-B, 02A, 03D-E, 04B, 07A, 09A, 10A, 14D, 15B, 18B, 20B-E, 21B, 22A8, 23A3-B3, 33A	Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen (Details können versorgungs- / auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden)	Eigenerklärung Ich/wir gewährleisten die Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen Die Beschreibung der Maßnahmen ist zusätzlich einzureichen.		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
01A-B, 03D-E, 04B, 09A, 10A, 14D, 15B, 16A, 18B, 20B-D, 21B, 22A8, 33A	Für wieder einsetzbare Produkte Sicherstellung, dass bei der Aufbereitung von wiedereinsatzbaren Hilfsmitteln die medizinprodukterechtlichen Anforderungen, hier insbesondere die Medizinprodukte-Betreiberverordnung sowie die KRINKO-BfArM-Empfehlungen in den jeweils gültigen Fassungen beachtet werden (Details können versorgungs- / auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden)	Eigenerklärung Ich/wir gewährleiste/n die Sicherstellung, dass bei der Aufbereitung von wiedereinsatzbaren Hilfsmitteln die medizinprodukterechtlichen Anforderungen beachtet werden Die Beschreibung der Maßnahmen ist zusätzlich einzureichen.		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
alle Bereiche mit Ausnahme von 22A8	Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (konfektionierte Produkte)	Eigenerklärung Ich/wir gewährleisten die Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (gilt nur für konfektionierte Produkte)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Räumliche Voraussetzungen

Versorgungsbereiche (x) weitere Vertriebswege sind möglich	Ich/wir erfüllen folgende räumlichen Voraussetzungen	Nr. Betrieb Filiale	Erklärung und Nachweise ^{*1}	von der GPQG auszufüllen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
01A-D (x), 02A (x), 03A-E (x), 04B, 05A5-C, 07A (x), 08A, 09A (x), 10A, 14D (x), 15A8-B (x), 16A (x), 17A4-B, 18B, 19B8 (x), 20B-E, 21B (x), 22A8, 23A3-B3, 25C, 29A (x), 33A, 99C-F, 99I8 (x)	Verkaufs- / Empfangsbereich		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05B5-C, 17A4, 20B-E, 29A (x)	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich / Raum zur Beratung und Anpassung mit Liege		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
01A-D (x), 02A (x), 03A-E (x), 05A5, 07A (x), 08A, 09A (x), 14D (x), 15A8-B (x), 16A (x), 17B8, 18B, 19B8 (x), 21B (x), 22A8, 23A3-B3, 25C, 99C-F	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich / Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05A5-C, 10A, 16A (x), 18B, 20B-E, 22A8, 23A3-B3	Behindertengerechter Zugang: Türen müssen eine lichte Breite von mindestens 90 cm haben. Untere Türansläge 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05A5-C, 10A, 16A (x), 18B, 20B-E, 22A8, 23A3-B3	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. Ein Notruf (Schalter / Knopf oder Zugschnur) ist zu installieren. (gilt bei Bezug von neuen Räumlichkeiten)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18B	Werkstattraum / -platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
alle Bereiche	Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
01A-B, 03D-E, 04B, 09A, 10A, 14D, 15B, 16A, 18B, 20B-C, 21B, 22A8, 33A	Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte (Details können versorgungs- / auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
01B (x), 05A5-C, 17A4-B, 23A3- B3, 29A	geeigneter Spiegel zur Hilfsmittelanpassung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29A (x)	Eigenerklärung Ich/wir gewährleisten die Nutzungsmöglichkeit eines Handwaschbeckens durch die Versicherten.		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(x) weitere Vertriebswege sind möglich:

Versorgungen in den Versorgungsbereichen 01A-D, 02A-C, 03A-E, 06A, 07A-C, 09A, 11A-B, 12A, 14B5-E, 15A8-B, 16A-B, 17E, 19B8, 21A-B, 27A, 29A können auch im allgemeinen Lebensbereich oder der häuslichen Umgebung des Versicherten stattfinden.

^{*1} Fotodokumentation der Räumlichen Voraussetzungen
(in Betriebsstätten, in denen eine Betriebsbegehung stattfindet, kann die Fotodokumentation entfallen)

Sachliche Ausstattungsvoraussetzungen

Ausstattungsvoraussetzungen für die Versorgung in den Versorgungsbereichen der Orthopädie- und Reha-Technik^{*2}.
Für jede Betriebsstätte ist eine gesonderte Inventarliste zu erstellen.

Betriebsstätte: _____

Versorgungsbereiche	Inventarbezeichnung	Nachweise ^{*3}	von der GPQG auszufüllen
18B	Schleifmaschine (stationäres oder mobiles System^{*4}) Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
18B, 33A	Bohrmaschine (stationäres oder mobiles System^{*4}) Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
18B, 23B3, 33A	Werkbank mit Werkzeugausstattung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
23B3	Heißluftgerä/e zur thermoplastischen Verarbeitung von Kunststoffen Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>

^{*2} Fotodokumentation des Inventars (in Betriebsstätten, in denen eine Betriebsbegehung stattfindet, kann die Fotodokumentation entfallen)

^{*3} Die räumlichen und sachlichen Ausstattungsanforderungen für die Konstellation Zentralwerkstatt und Filiale(n) sind im Anhang der Empfehlungen nach § 126 Abs.1 Satz 3 SGB V geregelt.

^{*4} stationäres System: Festinstalliertes System und Mobiles System: Netzgebundenes oder akkuversorgtes, handgehaltenes System

Einzureichende Unterlagen (Nachweise)

- Qualifikationsnachweise der fachlichen Leitung/en:**
Approbationsurkunde / Apothekenbetriebserlaubnis
- Zeugnisse oder Tätigkeitsnachweise der fachlichen Leitung/en
(Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebs/Fachgeschäfts, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.)
- 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. (siehe Seite 15)
- Kopie der Gewerbeanmeldung oder des Handelsregisterauszugs
- Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 GewO
(zum Zeitpunkt der Antragstellung i.d.R. nicht älter als drei Monate)
- Kopie einer aktuellen Versicherungsbestätigung, die ausdrücklich **Personen-, Sach- und Vermögensschäden** auflistet, den **Risikoort** nennt und nicht älter als zwölf Monate ist.
- Kopie des/r Mietvertrages / Mietverträge oder Grundbuchauszug /- auszüge
- Grundrisse / Raumskizzen
- Fotodokumentation über Räumlichkeiten
- Fotodokumentation Sachmittelausstattung mit genauer Bezeichnung der Gerätschaften
- Beschreibung der Maßnahmen der zeitnahen Verfügbarkeit von Produkten
- Beschreibung der Maßnahmen der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen
- Beschreibung der Maßnahmen einer fachgerechten und produktgeeigneten Reinigungs- u. Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufbereitung
- Organisationsdiagramm
- bestehende Zulassungen und Lieferberechtigungen von Kostenträgern
- Letztgültiges Präqualifizierungszertifikat (nicht bei Erstpräqualifizierung)

Selbstverpflichtungserklärung zur Anwesenheit bzw. Erreichbarkeit der fachlichen Leitung

Hiermit erkläre ich / erklären wir, dass die fachliche/n Leitung/en

Name, Vorname

Name, Vorname

ggf. weitere fachliche Leiter*

Name, Vorname

unserer Betriebsstätte

Straße, Hausnr.

Postleitzahl, Ort

im Rahmen der üblichen Betriebsöffnungszeiten anwesend bzw. erreichbar ist / sind.

Montags: _____

Dienstags: _____

Mittwochs: _____

Donnerstags: _____

Freitags: _____

Samstags: _____

* Werden mehrere fachliche Leiter für einen Versorgungsbereich benannt, kann die fachliche Leitung auch durch Teilzeitkräfte ausgeübt werden. Es muss dann aber durch die Gesamtarbeitszeit und deren Verteilung sichergestellt sein, dass die fachlichen Leiter während der gesamten Betriebszeiten anwesend bzw. erreichbar sind.

Ort, Datum

Unterschrift Geschäftsleitung

Unterschrift fachliche Leitung/en

Unterschrift fachliche Leitung/en

GPQG Gesellschaft für Präqualifizierung
im Gesundheitswesen mbH
Altenholzer Straße 5-7
24161 Altenholz

Erklärung des Antragstellenden

Hiermit beauftrage(n) ich/wir die GPQG, die aufgeführte(n) Betriebsstätte(n) auf Basis der Anforderungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V unter Berücksichtigung der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V auf seine/ihre grundsätzliche Eignung zur Erbringung bestimmter Versorgungsleistungen zu prüfen und hierüber eine Zertifizierung zu erteilen.

Ich/Wir erkläre(n), dass alle im Zusammenhang mit diesem Antrag und dem nachfolgenden Präqualifizierungsverfahren abgegebenen Erklärungen, gemachten Angaben und eingereichten Nachweise den Tatsachen entsprechen und wahrheitsgemäß erfolgen. Mir/Uns ist bekannt, dass falsche Angaben zur Einschränkung, Aussetzung oder zum Entzug der Präqualifizierung führen können.

Weiterhin verpflichte ich/wir mich/uns,

- die Anforderungen fortdauernd für diejenigen Versorgungsbereiche zu erfüllen, für die die Präqualifizierung beantragt oder erteilt wurde und bei Änderungen dieser Anforderungen Anpassungen vorzunehmen
- auf Anfrage der GPQG Betriebsbegehungen, auch im Rahmen von Überwachungsmaßnahmen, zu gewährleisten (siehe Zertifizierungsordnung); dies betrifft begehungspflichtige Versorgungsbereiche
- die GPQG unverzüglich über maßgebliche Änderungen in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen zu unterrichten; bei Unterlassung kann das Zertifikat eingeschränkt, ausgesetzt oder entzogen werden

Mit der Antragstellung erkläre(n) ich/wir mich/uns mit der Speicherung der personen- und firmenbezogenen Daten bei der Zertifizierungsstelle und in das Verzeichnis der präqualifizierten Leistungserbringer einverstanden.

Mit meiner/unserer Unterschrift schließe(n) ich/wir im Namen des von mir/uns vertretenen Unternehmens eine Zertifizierungsvereinbarung mit der GPQG auf Basis der allgemeinen Zertifizierungsordnung, die ich/wir hiermit akzeptiere(n). Die Zertifizierungsordnung ist als Download auf der Homepage www.gpqq.de herunterzuladen.

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift des/der
Vertretungsberechtigten des Antragstellers

Name in Klartext

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift des/der
Vertretungsberechtigten des Antragstellers

Name in Klartext

