

Präqualifizierungsantrag

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

Zertifizierungsnummer:	<input type="text"/> <small>[wird von der GPQG vergeben]</small>
Antragseingang am:	<input type="text"/> <small>[Eingangstempel GPQG]</small>

Gruppe der Leistungserbringer

- Rehabilitationslehrer/in für Blinde und Sehbehinderte

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

Antragsstatus

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

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.

RBS Rehabilitationslehrer/-in für Blinde und Sehbehinderte / Staatlich geprüfte Fachkraft der Blinden- und Sehbehindertenrehabilitation
 GQ Gleichwertige Qualifikation

Versorgungsbereiche		Versorgungs- bereiche	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Berufliche Anforderungen	von der GPQG auszufüllen
<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"/>
<input type="checkbox"/>	07B	07.50.02	Elektronische Blindenleitgeräte	IMED, BMT, RBS , TMED, TBT, EM, IK, ITSK, ELT, INT, GQ	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	07D3	07.50.01 07.99.99.6	Blindenlangstöcke Schulung in Orientierung und Mobilität (Unterweisung in die Nutzung des Hilfsmittels Langstock und elektronische Blindenleitgeräte)	RBS , GQ	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Anforderungen

Allgemeine Anforderungen	Nachweise bei Präqualifizierung oder Eigenerklärung	Erklärung und Nachweise	von der GPQG auszufüllen
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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 Versorgungsleistungen 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"/>
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"/>
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"/>

Organisatorische Voraussetzungen

Versorgungsbereiche (x) weitere Vertriebswege sind möglich	Ich/wir erfüllen folgende organisatorischen Voraussetzungen	schriftliche Selbstverpflichtung (Eigenerklärung)	Erklärung und Nachweise	von der GPQG auszufüllen
07A - 07B	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"/>
07A - 07B	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"/>
07B	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"/>
07A - 07B	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"/>
07A-07B (x), 07D3	Sicherstellung der zeitnahen Versorgung vor Ort, d. h. im allgemeinen Lebensbereich / der häuslichen Umgebung des Versicherten (gilt nicht für Hausbesuchsregelungen) (Details können versorgungs- / 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) Die Beschreibung der Maßnahmen ist zusätzlich einzureichen. Eigenerklärung über ausreichenden Fuhrpark oder andere geeignete Möglichkeit der Mobilität. Angaben zur Erreichbarkeit des fachlichen Leiters/der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
07A-07B (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- / auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden)	Eigenerklärung Ich/wir gewährleisten die Vorhaltung von verschiedenen Produkten vor Ort und Verfahrensbeschreibung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
07A-07B (x), 07D3	Sicherstellung der Beratung und Einweisung im allgemeinen Lebensbereich der Versicherten (gilt nicht für Hausbesuchsregelungen) (Details können versorgungs- / auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden)	Eigenerklärung Ich/wir gewährleisten die sachgerechte Beratung und Einweisung des Versicherten durch qualifiziertes Personal	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>

Räumliche Voraussetzungen

Versorgungsbereiche (x) weitere Vertriebswege sind möglich	Ich/wir erfüllen folgende räumlichen Voraussetzungen	schriftliche Selbstverpflichtung (Eigenerklärung)	Erklärung und Foto- Nachweise	von der GPQG auszufüllen <input type="checkbox"/>
07A-B (x)	Verkaufs- / Empfangsbereich		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
07A-B (x)	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich / Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
07A-B	Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	Eigenerklärung Ich/wir gewährleisten die Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen Die Beschreibung der Maßnahmen ist zusätzlich einzureichen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
07B	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"/>

(x) weitere Vertriebswege sind möglich:

Versorgungen in den Versorgungsbereiche 01A10-D, 02A-C, 03A-E, 06A, 07A-C10, 09A, 11A-B, 12A, 14B5-E, 15A10-B, 16A-B, 17E, 19B8, 21A-B10, 27A, 29A können auch im allgemeinen Lebensbereich oder der häuslichen Umgebung des Versicherten stattfinden.

Sachliche Ausstattungsvoraussetzungen

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

Versorgungsbereiche	Inventarbezeichnung	Foto-Nachweise	von der GPQG auszufüllen
07D3	Allgemeine Kommunikation		
	Geräte zur Erstellung von Punktschrift-Materialien Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	Sprechender Kompass (auch taktil sowie kontrastreich für Sehbehinderte) Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	Lorman-Handschuh	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	Diktiergerät Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	Optische Ausstattung		
	Verschiedene optische Lupen Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	Low Vision Leuchten mit verschiedenen Lichtfarben und Leuchtstärken Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	Zugriff auf Bildschirmlesegerät Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	Zugriff auf elektronische Handlupen Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	4 x 12 Monokular Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	6 x 16 Monokular Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	8 x 20 Monokular Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	8 x 30 Monokular Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	10 x 20 Monokular Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>

Versorgungsbereiche	Inventarbezeichnung	Foto-Nachweise	von der GPQG auszufüllen	
	10 x 30 Monokular Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	
07D3	6 x Binokular Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	
	8 x Binokular Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	
	2 x Extender Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	
	Zugriff auf Bauerfeind Prisma Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	
	Kantenfilter als Serie (Clip-ons und Überziehmodelle) Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	
	Oberkanten- und Seitenschutz für Brillen Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	
	Leeres Brillengestell Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	
	Taschenlampen (Standard, Aspherilux, Xenon, LED) Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	
	Taktile Medien			
	Zugriff auf einen Fuser Hersteller: _____ Typ: _____ Seriennummer: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	
	Materialien zur Erstellung taktiler Pläne		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	Verschiedene Modelle zur Darstellung von Umweltmustern		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>

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 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

Firmenstempel