

# Präqualifizierungsantrag

## Dipl.-Ing.(in) Fachrichtung Medizintechnik

Bitte senden Sie den Antrag an:

E-Mail: [antrag-vqz@normecgroup.com](mailto:antrag-vqz@normecgroup.com)  
 oder FAX: 0228 53 88 40 19

<input type="checkbox"/>	Präqualifizierung	<input type="checkbox"/>	Vorgezogene Präqualifizierung für Verfahren _____
<input type="checkbox"/>	Transfer/Wechsel von einer anderen akkreditierten Präqualifizierungsstelle (bitte gültiges Zertifikat beifügen. Antrag kann nur ohne jedwede Änderung angenommen werden!)		
<input type="checkbox"/>	Änderung des bestehenden Verfahrens _____ aufgrund		
<input type="checkbox"/>	maßgeblicher Änderungen der räumlichen Verhältnisse		
<input type="checkbox"/>	einer Änderung im Versorgungsumfang		
<input type="checkbox"/>	Verlegung der Betriebsstätte		
<input type="checkbox"/>	des Wechsels der fachlichen Leitung		
<input type="checkbox"/>	Rechtsformänderung / Umfirmierung / Inhaberwechsel		
<input type="checkbox"/>	einer sonstigen Änderung:		

<b>1. Anschrift der Betriebsstätte, für die der Antrag gilt:</b>	
Name/Firmierung	
Rechtsform	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Telefon	
E-Mail	
Institutionskennzeichen	IK
Betriebsinhaber(in)	
<b>2. Angaben zum Hauptbetrieb, sofern vorhanden:</b>	
Name/Firmierung	
Rechtsform	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Telefon	
E-Mail	

Institutionskennzeichen	IK	
Betriebsinhaber(in)		
<b>3. Rechnungsanschrift, falls abweichend:</b>		
Firma		
Ggf. Name/Abteilung		
Straße Nr.		
PLZ Ort		
<b>4. Angaben zur fachlichen Leitung:</b>		
Name fachl. Leiter(in)		
Fachliche Qualifikation	<input type="checkbox"/>	Dipl.-Ing.(in) in der Fachrichtung Medizintechnik
	oder	
	<input type="checkbox"/>	Gleichwertige Qualifikation
<b>5. Angaben zu den Vertriebswegen:</b>		
Wir beabsichtigen die Hilfsmittel über folgende Vertriebswege abzugeben:	<input type="checkbox"/>	aus unseren Räumlichkeiten
	und/oder (soweit die VBs auch mobil versorgt werden dürfen!)	
	<input type="checkbox"/>	mobil, im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten
<b>6. Wurden für die Präqualifizierung Beratungsleistungen in Anspruch genommen?</b>		
	<input type="checkbox"/>	ja, Name des Beraters und der Beratungsfirma sowie die Adresse:  _____
	<input type="checkbox"/>	nein
<b>7. Ist die Betriebsstätte ein Neubetrieb?</b>		
Bezug von neuen oder anderen Räumlichkeiten, Inhaberwechsel (Erstbezug aus Sicht des Inhabers) oder maßgebliche Änderungen der räumlichen Verhältnisse (Erweiterungen, bauliche Maßnahmen u. ä.) nach dem 31.12.2009 (für alle Betriebsstätten, die nach dem 01.06.2015 erstmalig präqualifiziert werden, gilt ein Bezug nach dem 31. Dezember 2010). (Achtung: Gewerbeanmeldungen, Mietverträge etc. müssen Ihre Angabe plausibel unterstützen.)		
	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein

## 8. Erklärungen der Präqualifizierungsstelle

Ein Zertifizierungsvertrag kommt zustande, wenn der Antragsteller diesen Antrag einreicht und die VQZ ihm eine Antragsbestätigung zustellt. Mit dem Zertifizierungsvertrag wird die Bearbeitung des Antrags, nicht ein bestimmtes Ergebnis, geschuldet. Für die Antragsbearbeitung und das anschließende Präqualifizierungsverfahren sind die Präqualifizierungsbedingungen „010 - Bedingungen PQ“ und die Präqualifizierungsgebühren „032 - Gebührenordnung PQ“ in der jeweils aktuellen Form bindend. Änderungen daran sind auch in laufenden Verfahren mit Veröffentlichung einer neuen Version der Dokumente auf der Internetseite der VQZ oder durch Zustellung in den Schriftwechseln zwischen Antragsteller bzw. Kunde und Präqualifizierungsstelle auch ohne eine gesonderte Annahmeerklärung bindend. Alle Angaben und Informationen dieses Antrags werden vertraulich behandelt.

Bitte richten Sie sich darauf ein, dass der Schriftwechsel mit uns in der Regel **per E-Mail** erfolgt.

## 9. Es sollen folgende Hilfsmittel abgegeben werden:

Versorgungsbereich		Beschreibung
PG 01	<input type="checkbox"/>	01 A15 Milchpumpen
	<input type="checkbox"/>	01 B10 Sekret-Absauggeräte
	<input type="checkbox"/>	01 C Hilfsmittel zur Wunddrainage
	<input type="checkbox"/>	01 D15 Absaugkatheter, Absaugrohre für Laryngektomierte, Sonstiges Zubehör, Geschlossene Absaugsysteme
PG 02	<input type="checkbox"/>	02 A Anziehhilfen, Ess- und Trinkhilfen, Rutschfeste Unterlagen, Greifhilfen, Halterungen, Umblättermittel, Umblättermittel elektrisch, Bedienungssensoren
	<input type="checkbox"/>	02 B16 Umblättermittel elektrisch, Bedienungssensoren
	<input type="checkbox"/>	02 C16 Umfeldkontrollgeräte für elektrische Geräte; Zubehör zur drahtlosen Ansteuerung; Zubehör zur Erzeugung von Schaltfunktionen
	<input type="checkbox"/>	02 D11 Armunterstützungssysteme
PG 03	<input type="checkbox"/>	03 A15 Spülsysteme, schwerkraft- und pumpenabhängig, Zubehör für Spülsysteme
	<input type="checkbox"/>	03 B11 Spritzen und Zubehör, Pens
	<input type="checkbox"/>	03 C13 Transnasale Ernährungssonden, Überleitsysteme, Ständer und Halter, Fixierhilfen für transnasale Ernährungssonden, Filter, Zubehör
	<input type="checkbox"/>	03 D15 Elektrisch betriebene Spülsysteme, Zubehör für Spülsysteme
	<input type="checkbox"/>	03 E15 Pumpensysteme
PG 04	<input type="checkbox"/>	04 A Badewannenlifter
	<input type="checkbox"/>	04 B Badewannensitze, Duschhilfen, Badewanneneinsätze, Sicherheitsgriffe, Aufrichtehilfen
PG 06	<input type="checkbox"/>	06 A Bestrahlungsgeräte
PG 07	<input type="checkbox"/>	07 A Blindenlangstöcke
	<input type="checkbox"/>	07 B Elektronische Blindenleitgeräte, Elektronische Hilfsmittel für die Orientierung und Mobilität
	<input type="checkbox"/>	07 C10 Blindenhilfsmittel
PG 09	<input type="checkbox"/>	09 A Elektrostimulationsgeräte
PG 10	<input type="checkbox"/>	10 A15 Gehgestelle, Fahrbare Gehhilfen, Hand- und Gehstöcke, Unterarmgehstützen, Achselstützen
	<input type="checkbox"/>	10 B15 Gehwagen, Gehübungsgeräte, Sonstige Gehhilfen
PG 11	<input type="checkbox"/>	11 A Hilfsmittel gegen Dekubitus (Statische Positionierungshilfen und Produkte zur Leib-/Rumpfvorsorgung, Ganzkörpervorsorgung)
	<input type="checkbox"/>	11 B11 Hilfsmittel gegen Dekubitus (Sitzhilfen und Rückensysteme)
PG 12	<input type="checkbox"/>	12 A Hilfsmittel bei Tracheostoma
PG 14	<input type="checkbox"/>	14 A11 Ergänzungen für modulare respiratorische Systeme, Atemgasbefeuchter, Basisgeräte für schlafbezogene Atemstörungen, CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen
	<input type="checkbox"/>	14 B13 Konfektionierte Masken zur Adaption respiratorischer Systeme

	<input type="checkbox"/>	14 C13	Individuell angefertigte Masken zur Adaption respiratorischer Systeme
	<input type="checkbox"/>	14 D	Aerosol-Inhalationsgeräte, Inhalationshilfen, PEP-Mund- und -Maskensysteme
	<input type="checkbox"/>	14 E15	In-/Exsufflator, Abklopf- und Vibrationsgeräte für thorakale Anwendung
	<input type="checkbox"/>	14 F15	Sauerstofftherapiegeräte
	<input type="checkbox"/>	14 G15	Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Zubehör zur Erweiterung von Beatmungsgeräten und -modulen, Basisgeräte für Beatmung, modulare, respiratorische Systeme, Atemgasbefeuchter, Spezialgeräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen
	<input type="checkbox"/>	14 H11	Hilfsmittel zur Anwendung an der Nase
PG 15	<input type="checkbox"/>	15 A10	Inkontinenzhilfen (außer elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität)
	<input type="checkbox"/>	15 B	Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität
PG 16	<input type="checkbox"/>	16 A13	Kommunikationshilfen
	<input type="checkbox"/>	16 B	Signalanlagen für Gehörlose
PG 17	<input type="checkbox"/>	17 E	Apparate zur Kompressionstherapie
PG 18	<input type="checkbox"/>	18 A15	Kranken-/Behindertenfahrzeuge
	<input type="checkbox"/>	18 B11	Toilettenrollstühle, Duschrollstühle
PG 19	<input type="checkbox"/>	19 A11	Krankenpflegeartikel (Behindertengerechte Betten, Zurichtungen und Zubehör), Pflegebetten, Zurichtungen und Zubehör, Sitzhilfen zur Pflegeererleichterung (im Bett), Rollstühle mit Sitzkantelung, Hausnotrufgeräte
	<input type="checkbox"/>	19 B15	Krankenpflegeartikel, Produkte zur Hygiene im Bett, Waschsysteme, Lagerungsrollen, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität, Hausnotrufgeräte
PG 20	<input type="checkbox"/>	20 D	Therapieliegen bei Mukoviszidose
	<input type="checkbox"/>	20 E	Sitzringe
PG 21	<input type="checkbox"/>	21 A	Überwachungsgeräte für Vitalfunktionen bei Kindern, Überwachungsgeräte zur nicht-invasiven Blutgaskontrolle, Anfall-Überwachungsgeräte für Epilepsiekranke
	<input type="checkbox"/>	21 B10	Messgeräte zur Lungenfunktionsmessung, Blutdruckmessgeräte, Blutgerinnungsmessgeräte / Blutzuckermessgeräte, Real-Time-Messgeräte (rtCGM), Personenwaagen, Sprachausgaben zu Messgeräten
PG 22	<input type="checkbox"/>	22 A8	Umsetz- und Hebehilfen, Aufstehhilfen/-vorrichtungen für Sessel/Stühle
	<input type="checkbox"/>	22 B11	Lifter und Zubehör zu Liftern, Rampensysteme, Zwei/Dreiräder und Zubehör
PG 25	<input type="checkbox"/>	25 F15	Bildschirmlesegeräte, Kamerasysteme, Leseständer
PG 27	<input type="checkbox"/>	27 A	Sprechhilfen
PG 28	<input type="checkbox"/>	28 A	Stehhilfen
PG 29	<input type="checkbox"/>	29 A	Stomaartikel, konfektionierte Stomabandagen
PG 32	<input type="checkbox"/>	32 A	Therapeutische Bewegungsgeräte
	<input type="checkbox"/>	32 B	CPM-Motorbewegungsschienen
PG 33	<input type="checkbox"/>	33 A	Toilettenhilfen
PG 99	<input type="checkbox"/>	99 A	Kopfschutzhelme/-bandagen - konfektionierte Produkte
	<input type="checkbox"/>	99 B	Kiefernmuskeltrainer
	<input type="checkbox"/>	99 C	Erektionsringe
	<input type="checkbox"/>	99 D	Vakuum-Erektionssysteme
	<input type="checkbox"/>	99 E	Vaginaltrainer
	<input type="checkbox"/>	99 H	Hilfsmittel zur Unterstützung der Herzstätigkeit
	<input type="checkbox"/>	99 I8	Läuse- und Nissenkämme

<b>10. Erklärungen des Antragstellers</b>		
Ich/wir erkläre(n), dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und wahrheitsgemäß erfolgt sind. Mir/uns ist bekannt, dass falsche, verspätete oder unvollständige gemachte Angaben zur Versagung und, werden diese erst nach einer Präqualifizierung bekannt, auch zur Einschränkung, Aussetzung, Zurückziehung oder Beendigung der Präqualifizierung führen können.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich/wir erkläre(n) ausdrücklich, dass wir die Dokumente 010 – „Bedingungen PQ“, 032 – „Gebührenordnung PQ“ und 020 – „Allgemeine Geschäftsbedingungen“ erhalten oder auf der Internetseite der Präqualifizierungsstelle der VQZ ( <a href="https://normecvqz.com/downloads/">https://normecvqz.com/downloads/</a> ) eingesehen habe(n) und in der jeweils aktuellen Version für diesen Antrag und das Präqualifizierungsverfahren anerkenne(n).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>Ort, Datum</i>	<i>Unterschrift Inhaber(in), Vertreter(in) der Firma</i>	<i>Firmenstempel</i>
<i>Vor- und Nachname / Funktion in BLOCKSCHRIFT (leserlich!)</i>		
<p><b>Wichtiger Hinweis!</b></p> <p>Bitte stellen Sie zunächst den Antrag und warten unsere Antragsbestätigung ab. Mit der Antragsbestätigung erhalten Sie eine für den Antrag geltende Verfahrensnummer.</p> <p>Senden Sie uns Nachweise bei Erst- und Folgeanträgen <u>ausschließlich</u> an die E-Mail-Adresse: <a href="mailto:nachweise-vqz@normecgroup.com">nachweise-vqz@normecgroup.com</a> mit deutlicher Angabe im Betreff der E-Mail der für diesen Antrag vergebenen Verfahrensnummer.</p>		