

# Präqualifizierungsnachweise

## Augenarzt, Augenärztin

Bitte senden Sie diesen Bogen und alle weiteren Nachweise an:

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

Die Nachweise werden gegeben zur **Verfahrensnummer:**

Nachweise, die nicht eindeutig einer Verfahrensnummer zugeordnet wurden, werden nicht bearbeitet!

-----

<b>Wichtige Hinweise!</b>		
<p>Mit den nachfolgenden Angaben informieren wir Sie über die nach unserem Präqualifizierungsprogramm für diesen Antrag geltenden wesentlichen Präqualifizierungsanforderungen und beizubringenden Nachweise. Sie können diese Anlage auch als Aufzeichnungsvorlage oder Checkliste nutzen.</p> <p>Für die Antragsbearbeitung und das anschließende Präqualifizierungsverfahren sind die Dokumente 010 - Bedingungen PQ, 020 – Allgemeine Geschäftsbedingungen und 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.</p> <p>Bitte richten Sie sich darauf ein, dass der Schriftwechsel mit uns in der Regel <b>per E-Mail</b> erfolgt.</p> <p>Die nachfolgenden Formulierungsvorschläge entbinden Sie als Antragsteller und uns nicht von einer angemessenen Einzelfallprüfung. So kann es sein, dass wir eine Erklärung oder einen Nachweis im jeweiligen Einzelfall nicht als ausreichend bewerten, obwohl er einer Vorlage in dieser Checkliste entspricht!</p>		
<b>Erklärung der/s Antragsteller/in</b>		
<p>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.</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>Ich/wir erkläre(n) ausdrücklich, dass wir die Dokumente 010 – Bedingungen PQ, 020 – Allgemeine Geschäftsbedingungen und 032 – Gebührenordnung PQ 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).</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p><i>Ort, Datum</i> <span style="margin-left: 150px;"><i>Unterschrift Inhaber(in), Vertreter(in) der Firma</i></span> <span style="float: right;"><i>Firmenstempel</i></span></p>		
<p><i>Vor- und Nachname / Funktion in BLOCKSCHRIFT (leserlich!)</i></p>		

Angaben zur fachlichen Leitung:		
Name fachl. Leiter(in)		
Geburtsdatum		
Fachliche Qualifikation	<input type="checkbox"/>	Augenarzt bzw. Augenärztin
	<input type="checkbox"/>	<i>Lebenslange Arztnummer (LANR) _ _ _ _ _ (mit der Ziffernfolge 05 an der 8. und 9. Stelle der LANR).</i>

Allgemeine Voraussetzungen			
Voraussetzung	Erklärungen/Nachweise	Bestätigt/Nachweise beigefügt	
		Ja	Nein
Die berufsrechtlichen Voraussetzungen werden erfüllt	<i>Eine Kopie der Gewerbeanmeldung ist beigefügt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist sichergestellt, dass die fachliche Leitung während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist (1) (!)	<i>Die Eigenerklärung der fachlichen Leitung, dass diese grundsätzlich im Rahmen der üblichen Betriebszeit zur Verfügung steht und nicht einer berufsrechtlichen Anwesenheitspflicht in einem anderen Betrieb unterliegt, ist beigefügt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es besteht eine Betriebshaftpflichtversicherung, die Personen-, Sach- und Vermögensschäden abdeckt (2)	<i>Kopie einer aktuellen Versicherungsbestätigung, die ausdrücklich Personen-, Sach- und Vermögensschäden auflistet, den Risikoort nennt, nicht älter als zwölf Monate ist und als gedecktes Risiko auch den Handel mit bzw. die Herstellung von Hilfsmitteln umfasst.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es besteht Insolvenzfreiheit	Ich/Wir erkläre/n, dass über das Firmenvermögen kein Insolvenzverfahren oder vergleichbares Verfahren eröffnet oder die Eröffnung beantragt oder mangels Masse abgelehnt worden ist und sich die Firma nicht in Liquidation befindet. (Als ausländischer Anbieter erkläre/n ich/wir, dass sich die Firma nicht in Verhältnissen, die nach den Rechtsvorschriften des Herkunftslandes mit den genannten Verfahren vergleichbar sind, befindet.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steuern und Sozialversicherungsbeiträge werden fristgerecht abgeführt	Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir meiner/unserer gesetzlichen Verpflichtungen zur Zahlung der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge nachgekommen bin/sind oder nachkomme/n.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die gewerberechtlichen Voraussetzungen werden erfüllt (4) (!)	<i>Ein aktueller Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 GewO (zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate) ist beigefügt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voraussetzung	Erklärungen/Nachweise	Bestätigt/Nachweise beigefügt	
		Ja	Nein
Die Einhaltung des Datenschutzes wird gewährleistet	Ich/Wir verpflichte/n mich/uns zur Einhaltung der Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Geschützte personenbezogene Daten werde/n ich/wir nicht zu einem anderen als dem zur jeweiligen rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck verarbeiten, bekannt geben, zugänglich machen oder sonst nutzen. Die Pflicht zur Wahrung des Datengeheimnisses besteht auch nach Beendigung der Tätigkeit fort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Voraussetzungen nach § 128 SGB V werden eingehalten	Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir die Regelungen des § 128 SGB V beachte/n. Ich/Wir unterhalte/n keine Hilfsmitteldepots bei Vertragsärzten, in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen und beteilige/n Ärzte nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln und gewähre/n keine Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Organisatorische Voraussetzungen				
Versorgungsbereiche	Voraussetzungen	Erklärungen/Nachweise	Bestätigt/Nachweise beigefügt	
			Ja	Nein
25 D	Die zeitnahe Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör sowie von Ersatzteilen wird sichergestellt (2) (!)	Ich/Wir verpflichte(n) mich/ uns, die Versorgung mit verordneten Hilfsmitteln und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen zeitnah sicherzustellen. <i>Beschreibung der Maßnahmen ist beigefügt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle	Lager- und <u>Transport</u> möglichkeit entsprechend den beantragten Versorgungsbereichen unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen (!) (x)	Ich/Wir verpflichte(n) mich/ uns, von den Herstellern in den Produktunterlagen vorgegebene Lager- und <u>Transport</u> bedingungen (z.B. Staubfreiheit, Temperaturvorgaben) einzuhalten. <i>Eine Beschreibung der Maßnahmen entsprechend den beantragten Versorgungsbereichen mit aktuellem Datum und rechtsgültiger Unterschrift eines Vertreters der Firma ist beigefügt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Räumliche Voraussetzungen				
Versorgungsbereiche	Voraussetzungen	Nachweise	Bestätigt/Nachweise beigefügt	
			Ja	Nein
25 D	Verkaufs-/Empfangsbereich	<i>Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszug in einfacher Kopie und</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 D	Lager- <u>und</u> Transportmöglichkeit entsprechend den beantragten Versorgungsbereichen unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen (!)	<i>Grundrisskizze/Raumskizze (5) und Fotodokumentation (6) zu jedem der (bei Änderungsanträgen nur der ggf. zusätzlichen) relevanten Punkte.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Inventar</b>				
<i>Diese (oder eine separate) Inventarliste und eine Fotodokumentation (6) für jede relevante Gerätschaft (Werkbank- und Arbeitsplatzausstattungen wurden aufgelistet und sind Bestandteil der Fotodokumentation) haben wir beigelegt. Sofern die Gerätschaften nicht bzw. nicht mehr über eine vom Hersteller vergebene Seriennummer verfügen, haben wir jeweils eine eindeutige Identifikationsnummer vergeben und die Gerätschaften entsprechend gekennzeichnet.</i>			<b>In der Betriebsstätte vorhanden</b>	
			<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Kontaktlinsenarbeitsplatz</b>				
Geeigneter Spiegel			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einweisungsplatz			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophthalmometer			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Typ:</i>	<i>Seriennr.:</i>	<i>Fotobezeichnung/-dateiname:</i>		
Spaltlampenmikroskop			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Typ:</i>	<i>Seriennr.:</i>	<i>Fotobezeichnung/-dateiname:</i>		
Vorrichtung zur Prüfung auf Einhaltung der Kontaktlinsenparameter und zur Qualitätskontrolle der Kontaktlinsen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Typ:</i>	<i>Seriennr.:</i>	<i>Fotobezeichnung/-dateiname:</i>		
Zubehör zur sachgerechten Reinigung und Sterilisation/Desinfektion			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Refraktionsraum</b>				
Raum lässt sich abdunkeln			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tageslicht oder tageslichtähnliches Kunstlicht			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höhenverstellbarer Refraktionsstuhl			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Typ:</i>	<i>Seriennr.:</i>	<i>Fotobezeichnung/-dateiname:</i>		
Skioskop und Skioskopleisten und/oder Refraktometer			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Typ:</i>	<i>Seriennr.:</i>	<i>Fotobezeichnung/-dateiname:</i>		
Messgläserkasten und Refraktionsmessbrille			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzzylinder			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgleichleiste			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerät zur Sehzeichendarbietung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Typ:</i>	<i>Seriennr.:</i>	<i>Fotobezeichnung/-dateiname:</i>		
Vorrichtung zur Prüfung der Sehschärfe in der Nähe (z. B. Phoropter mit entsprechender Nahprüfeinrichtung) Binokulartest			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tafeln zur Bestimmung des Fernvisus			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## BITTE NICHT MIT EINREICHEN!

### Wichtige Hinweise:

- (!) Zu diesen Anforderungen haben wir auf unserer Internetseite unter <https://www.vqz-bonn.de/praequalifizierung.html> weitere Informationen in Form von Merkblättern und Erläuterungen. Bitte bedenken Sie aber, dass Sie für die situationsgerechten Nachweise selbst verantwortlich sind und bleiben.
- (1) **Die fachliche Leitung** muss grundsätzlich im Rahmen der üblichen Betriebszeiten zur Verfügung stehen. Werden mehrere fachliche Leiter für einen Versorgungsbereich (auf weiteren Anträgen) 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.  
 Grundsätzlich können freiberuflich Tätige als fachliche Leitung für eine oder mehrere Betriebsstätten benannt werden. Allerdings muss hier der Vertrag zwischen dem Unternehmen und des freiberuflich Tätigen eine Regelung zur Einhaltung der Anforderungen an die fachliche Leitung gemäß der Empfehlungen nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V enthalten. Weiterhin müssen Regelungen zur Organisationsstruktur schriftlich definiert worden sein. Grundsätzlich sind berufsrechtliche Vorgaben zu beachten.  
 Ist berufsrechtlich eine Anwesenheitspflicht in einem anderen Betrieb vorgeschrieben, kann der fachliche Leiter nicht gleichzeitig für diese Betriebsstätte fachlicher Leiter sein, es sei denn, die zuständige Behörde genehmigt dies bzw. bestätigt die Unbedenklichkeit.  
 Wird eine Eintragung in die Handwerksrolle nachgewiesen, kann die schriftliche Selbstverpflichtung entfallen.
- (2) Details können versorgungs-/auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden.
- (3) Als Nachweis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebs/Fachgeschäfts, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.  
 Sofern der Inhaber zugleich fachlicher Leiter ist, muss die einschlägige Berufspraxis über eine kassenrechtliche Zulassung gemäß § 126 SGB V (a.F.) oder eine vergleichbare Abgabeberechtigung oder über eine vertragliche Anerkennung der Eignung durch eine Krankenkasse (individuelle Eignungsprüfung) für die beantragten Versorgungsbereiche nachgewiesen werden. Alternativ kann die einschlägige Berufspraxis über von Krankenkassen genehmigte Hilfsmittelversorgungen für den geforderten Zeitraum und den beantragten Versorgungsbereich anerkannt werden.
- (4) Bei Anträgen auf erstmalige Präqualifizierung (es sei denn, dass der Betrieb laut Gewerbeanmeldung ein Neubetrieb (neue Registernummer, nicht älter als 12 Monate) ist) und bei Folgepräqualifizierung.
- (5) Die **Raumskizze** muss alle geforderten räumlichen Anforderungen (ggf. durch zusätzliche Hinweise) eindeutig aufzeigen und es muss deren Abgeschlossenheit erkennbar sein, wenn dies gefordert ist.

### (6) **Fotodokumentation**

#### Allgemein

wenn akustisch und/oder optisch abgegrenzt gefordert ist

wenn Maßangaben gefordert sind

wenn die Einhaltung allgemeiner Lagerungsanforderungen gefordert ist

wenn die Einhaltung spezieller Lagerungsanforderungen gefordert ist

wenn eine räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte gefordert ist

wenn die Tür nicht in den Sanitärraum schlagen darf

wenn die Tür des Sanitärraums abschließbar und im Notfall von außen zu entriegeln sein muss

wenn die Bewegungsfläche für Rollstuhlnutzer mindestens 120 cm breit und 120 cm tief sein muss

wenn auf jeder Seite des Klosettbeckens klappbare, 15 cm über die Vorderkante des Beckens hinausragende Haltegriffe gefordert werden

wenn gefordert wird, dass Haltegriffe montiert sein sollen, die in der waagerechten und senkrechten Position selbsttätig arretieren sowie am äußersten vorderen Punkt für eine Druckbelastung von 100 kg geeignet sind

Fotos müssen erkenntlich (mitfotografiertes Datum, Dateidatum, separate Erklärung mit Datum und Unterschrift durch den LE) nicht älter als drei Monate sein; das Kriterium mit den relevanten Gegebenheiten eindeutig erkenntlich darstellen; als Datei in einem gängigen Format per E-Mail unter Bezug zur Verfahrensnummer zugesandt werden

muss erkennbar sein muss, dass der Raum mit allen Wänden und vom Fußboden bis zur Decke hin, abgeschlossen ist. Türen müssen ebenso blickdicht sein.

ist ein Zollstock/Maßband so anzusetzen und mitzufotografieren, dass das Maß eindeutig bewertet werden kann.

muss erkenntlich sein, dass die Produkte wo erforderlich trocken, staubfrei, nach den Temperaturvorgaben der Hersteller gelagert werden und keiner unnötigen UV-Strahlung (Schaufenster) ausgesetzt sind.

muss erkenntlich sein, dass die jeweiligen produktbezogenen Vorgaben eindeutig erkenntlich eingehalten werden. Die Lagerungsanforderungen sind zudem anzugeben.

muss die Sperrfläche für hygienisch nicht aufbereitete, kontaminierte Produkte eindeutig gekennzeichnet sein, und es muss eine angemessene räumliche Trennung über die Fotos nachvollzogen werden können.

muss erkenntlich sein, dass die Tür nach außen schlägt oder eine Schiebetür ist

muss erkenntlich sein, dass eine Entriegelung von außen möglich ist

müssen zwei Zollstöcke/Maßbänder diese Angaben eindeutig bewertbar zeigen

muss ein Foto von der Seite zeigen, dass die Griffe entsprechend über die Vorderkante hinausragen

müssen Fotos zeigen, dass die Haltegriffe waagrecht und senkrecht arretieren und stabil angebracht wurden