

Präqualifizierungsnachweise
Friseurmeister(in)
FM

Bitte senden Sie diesen Bogen und alle weiteren Nachweise an:

E-Mail pq-vqz@normecgroup.com

Die Nachweise werden
gegeben zur

Verfahrensnummer: _____

Bitte beachten Sie, dass Nachweise nur bearbeitet werden können, wenn sie einer eindeutigen Verfahrensnummer zugeordnet sind.

Angaben zur Fachlichen Leitung	
Name Fachl. Leiter(in)	
Fachliche Qualifikation	<input type="checkbox"/> Friseurmeister(in)
	<input type="checkbox"/> <i>Eintragung in die Handwerksrolle</i>
	<i>oder</i>
	<input type="checkbox"/> <i>Berufsurkunde über die Meisterqualifikation</i>
	<i>oder</i>
	<input type="checkbox"/> Gleichwertige Qualifikation
	<input type="checkbox"/> <i>Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung; Beschreibung und geeigneter Nachweis über Ausbildungsinhalte und Gleichwertigkeit</i>

Allgemeine Voraussetzungen		
Voraussetzung	Erklärungen/Nachweise	bestätigt
Die berufsrechtlichen Voraussetzungen werden erfüllt.	<i>Eine Kopie der Gewerbeanmeldung ist beigelegt. <u>oder:</u></i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Ein aktueller Handelsregisterauszug ist beigelegt. <u>oder:</u></i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Eine Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes (Handwerksrolle oder Industrie- und Handelskammer u. ä.) ist beigelegt. <u>oder:</u></i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Eine Bestätigung der Zugehörigkeit zu freien Berufen durch das zuständige Finanzamt bzw. eine Kopie des Steuerbescheids (keine Gewerbesteuer) ist beigelegt</i>	<input type="checkbox"/>
Es ist sichergestellt, dass die fachliche Leitung während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist.	<i>Die untenstehende Erklärung wurde entsprechend ausgefüllt und von der fachlichen Leitung sowie einem Vertreter der Firma mit Angabe von Ort und Datum unterschrieben.</i>	<input type="checkbox"/>
Es besteht eine Betriebshaftpflichtversicherung, die Personen-, Sach- und Vermögensschäden abdeckt. Details können versorgungs-/auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden.	<i>Kopie einer aktuellen Versicherungsbestätigung, die ausdrücklich Personen-, Sach- und Vermögensschäden auflistet, das versicherte Risiko (Versicherungszweck) und den Risikoort nennt, sowie nicht älter als zwölf Monate ist.</i>	<input type="checkbox"/>

Erklärung der Fachlichen Leitung	
Erklärung	bestätigt
Hiermit erkläre ich, dass ich als Fachliche Leitung in der o.g. Betriebsstätte grundsätzlich im Rahmen der üblichen Betriebszeit zur Verfügung stehe und nicht einer berufsrechtlichen Anwesenheitspflicht in einem anderen Betrieb unterliege.	<input type="checkbox"/>
Ort	Datum
Unterschrift Fachliche Leitung	Unterschrift Vertreter(in) der Firma

Räumliche Voraussetzungen			
Versorgungsbereiche	Voraussetzung	Erklärungen/Nachweise	bestätigt
34A, 34B	Allgemeine räumliche Anforderungen	<i>Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszugs (Angaben und Inhalte, die für den Nachweis der Erfüllung der räumlichen Voraussetzungen nicht relevant sind, können geschwärzt werden.)</i>	<input type="checkbox"/>
		<i>Beschriftete Grundrisskizze/Raumskizze, welche die Zuordnung der Bildnachweise erlaubt.</i>	<input type="checkbox"/>
34A, 34B	Verkaufs-/Empfangsbereich	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation (nicht älter als 3 Monate), welche den Bereich zeigt, in dem der Versicherte die Hilfsmittel in Empfang nimmt.</i>	<input type="checkbox"/>
34A, 34B	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation (nicht älter als 3 Monate), welche den Raum von allen Seiten und auch den Tür- und Fensterbereich deutlich zeigt. Die akustische und optische Abgrenzung ist klar zu erkennen. Die Sitzgelegenheit muss standfest, kippsicher und angemessen hoch sein, um beispielsweise das An- und Ausziehen von Schuhen und Strümpfen zu ermöglichen. Das heißt, Freischwinger Stühle mit Rollen oder Barhocker sind nicht geeignet.</i>	<input type="checkbox"/>
34A, 34B	Lagermöglichkeit entsprechend den beantragten Versorgungsbereichen unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation (nicht älter als 3 Monate), welche zeigt, dass die relevanten Hilfsmittel den Herstellervorgaben entsprechend gelagert werden können. Die Maßnahmenbeschreibung am Ende der Nachweisliste wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt.</i>	<input type="checkbox"/>

Inventar			
Versorgung mit Haarsersatz			
Versorgungsbereiche	Voraussetzungen	Erklärungen/Nachweise	bestätigt
34A, 34B	Höhenverstellbarer Friseurstuhl	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
34A, 34B	Friseurübliches Handwerkszeug	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, sowie untenstehende Auflistung der einzelnen Gerätschaften.</i>	<input type="checkbox"/>
Ausstattungsbeschreibung:			
34B	Materialkarten oder Musterringe (Farbe, Dichte, Wellung)	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
34B	Abdruckmaterial für Sonderanfertigungen	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
34B	Haarwaschbecken	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
34A, 34B	Höhenverstellbarer Boden- oder Tischständer für Postichköpfe	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
34A, 34B	Postichköpfe in vier verschiedenen Größen (extrem klein, klein, mittel, groß) zwischen 48 – 60 cm	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
34A, 34B	Zwei geeignete Spiegel	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
34A, 34B	Lockenstäbe für Echt- und Synthetikhaar	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, sowie unten aufgeführte Typbezeichnung und Seriennummer.</i>	<input type="checkbox"/>
Typbezeichnung:		Seriennummer:	
34A, 34B	Dampf- und Trockengeräte	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, sowie unten aufgeführte Typbezeichnung und Seriennummer.</i>	<input type="checkbox"/>
Typbezeichnung:		Seriennummer:	

Maßnahmenbeschreibung zu den Lagerbedingungen	
Folgende Maßnahmen wurden getroffen, um die Lagerung der Hilfsmittel nach Herstellervorgaben zu gewährleisten:	
Versorgungsbereiche	Angekreuzt, falls relevant und zutreffend
Alle	<input type="checkbox"/> Temperatur [0°C bis +30°C] <input type="checkbox"/> relative Luftfeuchte [10% bis 90%] <input type="checkbox"/> in Originalverpackung <input type="checkbox"/> Staub- und UV-geschützt
Ggf. zusätzliche und spezielle Herstelleranforderungen für diese VB:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Angaben Vertreter(in) der Firma	
Name Vertreter(in) der Firma	
Erklärungen	bestätigt
Hiermit erkläre(n) Ich/wir, 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"/>
Ort	Datum
Unterschrift Vertreter(in) der Firma	
Firmenstempel	

BITTE NICHT MIT EINREICHEN!

Wichtige Hinweise

Rechtliches

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. Alle Angaben und Informationen dieses Antrags werden vertraulich behandelt.

Unsere Anforderungen entsprechen dem vom GKV-Spitzenverband bereitgestellten Kriterienkatalog und den gesetzlichen Regelungen die in § 126 *Versorgung durch Vertragspartner* des SGB V zur gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt sind.

Information

Wenn von aktuellen Foto- und Videonachweisen gesprochen wird, dürfen diese nicht älter als drei Monate sein.

Die Eigenerklärungen bzw. schriftlichen Selbstverpflichtungen sind von dafür legitimierten Personen zu unterschreiben. Dies können sein:

- Firmeninhaber(in)
- Geschäftsführer(in)
- Gesellschafter(in)
- Vorstände
- (Handlungs-)Bevollmächtigte
- Prokuristen/Prokuristinnen

Falls gefordert, muss zusätzlich die Fachliche Leitung unterschreiben.

Weitere Informationen zu den Nachweisen können den Dokumenten zu der Versorgung mit Hilfsmitteln entnommen werden, welche der GKV-Spitzenverband auf seiner Webseite zur Verfügung stellt: www.gkv-spitzenverband.de

Kontakt

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

Für Rückfragen steht Ihnen das Präqualifizierungsteam der Normec VQZ auch unter folgenden Nummern zur Verfügung:

Telefon: 49 228 53 88 40-0

Fax: 0228 53 88 40 19