

Präqualifizierungsnachweise

Augenarzt / Augenärztin
 AA

Bitte senden Sie diesen
 Bogen und alle weiteren
 Nachweise an:

E-Mail pq-vqz@normecgroup.com

Die Nachweise werden gegeben zur

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

Verfahrensnummer: _____

Angaben zur Fachlichen Leitung	
Name Fachl. Leiter(in)	
Fachliche Qualifikation	<input type="checkbox"/> Augenarzt / Augenärztin
	<input type="checkbox"/> <i>Nachweis der neunstelligen lebenslangen Arztnummer (LANR), die den Fachgruppenschlüssel "05" (8. und 9. Stelle in der Ziffernfolge) aufweist</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
25D	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"/>
25D	Verkaufs-/Empfangsbereich	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, welche den Bereich zeigt, in dem der Versicherte die Hilfsmittel in Empfang nimmt.</i>	<input type="checkbox"/>
25D	Geeigneter Spiegel zur Hilfsmittelanpassung	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, welche einen Spiegel zeigt, der für die Anpassung des jeweiligen Hilfsmittels angemessen groß ist.</i>	<input type="checkbox"/>
25D	Lager- und Transportmöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, 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			
Augenoptik			
Folgende Voraussetzungen werden im Rahmen einer Betriebsbegehung geprüft. Ein Erbringen von Nachweisen per Foto-/Videodokumentation ist daher <u>nicht</u> nötig. Stellen Sie stattdessen sicher, dass die entsprechenden Voraussetzungen während der Begehung überprüfbar sind und dass sämtliche Gerätschaften, sofern Sie nicht bzw. nicht mehr über eine vom Hersteller vergebende Seriennummer verfügen, mit einer selbst vergebenen Identifikationsnummer gekennzeichnet sind.			
Versorgungsbereiche	Voraussetzungen	Erklärungen/Nachweise	bestätigt
Kontaktlinsenarbeitsplatz			
25D	Einweisungsplatz	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25D	Ophthalmometer	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25D	Spaltlampenmikroskop	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25D	Vorrichtung zur Prüfung auf Einhaltung der Kontaktlinsenparameter und zur Qualitätskontrolle der Kontaktlinsen	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25D	Zubehör zur sachgerechten Reinigung und Sterilisation/Desinfektion	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
Refraktionsraum			
25D	Raum lässt sich abdunkeln	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25D	Tageslicht oder tageslichtähnliches Kunstlicht	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25D	Höhenverstellbarer Refraktionsstuhl; die Höhenverstellbarkeit kann entfallen, wenn das Refraktometer höhenverstellbar ist	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25D	Skioskop und Skioskopleisten und/oder Refraktometer	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>

25D	Messgläserkasten und Refraktionsmessbrille	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25D	Kreuzzylinder	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25D	Abgleichleiste	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25D	Gerät zur Sehzeichendarbietung	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25D	Vorrichtung (oder Gerät) zur Prüfung der Sehschärfe in der Nähe inklusive der Beurteilung der Qualität des Binokularsehens (für die Nähe)	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25D	Tafeln zur Bestimmung des Fernvisus	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>

Maßnahmenbeschreibung zu den Lagerbedingungen	
Folgende Maßnahmen wurden getroffen, um die Lagerung der Hilfsmittel nach Herstellervorgaben zu gewährleisten:	
Versorgungsbereiche	Angekreuzt, falls relevant und zutreffend
25D	<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 Versorgung und, werden diese erst nach einer Präqualifizierung bekannt, auch zur Einschränkung, Aussetzung, Zurückziehung oder Beendigung der Präqualifizierung führen können.	<input type="checkbox"/>
<i>Ort</i>	<i>Datum</i>
<i>Unterschrift Vertreter(in) der Firma</i>	
<i>Firmenstempel</i>	

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