

## Präqualifizierungsnachweise

### Augenoptikermeister(in)

Für den VB 07C mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis  
 AOM

Bitte senden Sie diesen  
 Bogen und alle weiteren  
 Nachweise an:

**E-Mail** [pq-vqz@normecgroup.com](mailto:pq-vqz@normecgroup.com)

Die Nachweise werden gegeben zur

**Verfahrensnummer:** \_\_\_\_\_

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

Angaben zur Fachlichen Leitung	
Name Fachl. Leiter(in)	
Fachliche Qualifikation	<input type="checkbox"/> Augenoptikermeister(in)
	<input type="checkbox"/> <i>Handwerksrolleneintrag bzw. Berufsurkunde über die Meisterqualifikation</i>
	<input type="checkbox"/> Für VB 07C
	<input type="checkbox"/> <i>Nachweis über eine mindestens dreijährige einschlägige Berufspraxis in der Hilfsmittelabgabe und -versorgung im betreffenden Versorgungsbereich</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 <b>Personen-, Sach- und Vermögensschäden</b> 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
Alle	Allgemeine räumliche Anforderungen	<i>Kopie des <b>Mietvertrages</b> oder <b>Grundbuchauszugs</b> (Angaben und Inhalte, die für den Nachweis der Erfüllung der räumlichen Voraussetzungen nicht relevant sind, können geschwärzt werden.)</i>	<input type="checkbox"/>
		<i>Beschriftete <b>Grundrisskizze/Raumskizze</b>, welche die Zuordnung der Bildnachweise erlaubt.</i>	<input type="checkbox"/>
Alle	Verkaufs-/Empfangsbereich (entfällt bei einer rein mobilen Versorgung)	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, welche den Bereich zeigt, in dem der Versicherte die Hilfsmittel in Empfang nimmt.</i>	<input type="checkbox"/>
07C	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit (entfällt bei einer rein mobilen Versorgung)	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, welche den Raum von allen Seiten und auch den Tür- und Fensterbereich deutlich zeigt. Die <b>akustische und optische Abgrenzung</b> 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"/>
25A, 25E, 25F	Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, welche sowohl den Raum als auch das verwendete Werkzeug erkennbar darstellt.</i>	<input type="checkbox"/>
07C, 25F	Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte (Details können versorgungs- / auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden.)	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, welche zeigt, dass gereinigte und nicht gereinigte Hilfsmittel räumlich getrennt gelagert werden und die Lagerstätten eindeutig gekennzeichnet/beschriftet sind.</i>	<input type="checkbox"/>
25A, 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"/>
07C, 25A, 25B, 25C, 25D, 25E, 25F	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"/>

Augenoptik			
<p>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.</p>			
Versorgungsbereiche	Voraussetzungen	Erklärungen/Nachweise	bestätigt
<b>Kontaktlinsenarbeitsplatz</b>			
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"/>
<b>Refraktionsraum</b>			
25A, 25D, 25E	Raum lässt sich abdunkeln	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25A, 25D, 25E	Tageslicht oder tageslichtähnliches Kunstlicht	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25A, 25D, 25E	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"/>
25A, 25D, 25E	Skioskop und Skioskopleisten und/oder Refraktometer	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25A, 25D, 25E	Messgläserkasten und Refraktionsmessbrille	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>

25A, 25D, 25E	Polarisationsvorhalter	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25A, 25D, 25E	Kreuzzylinder	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25A, 25D, 25E	Abgleichleiste	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25A, 25D, 25E	Gerät zur Sehzeichendarbietung	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25A, 25D, 25E	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"/>
25A, 25E	Tafeln zur Messung des Vergrößerungsbedarfes	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25A, 25D, 25E	Tafeln zur Bestimmung des Fernvisus	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25A, 25E	Ein Satz Kantenfilter	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Werkstatt</b>			
25A, 25E	Werktisch	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25A, 25E	Vorrichtung zur Randbearbeitung der Gläser	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25A, 25E	Bohrmaschine mit Zubehör	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25A, 25E	Poliermaschine	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25A, 25E	Rillmaschine ggf. Facette-Schleifmaschine	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
25A, 25E	Scheitelbrechwertmessgerät	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>

25A, 25E	Vorrichtung zum Zentrieren der Gläser	<i>Steht zu einer Prüfung im Rahmen einer Betriebsbegehung zur Verfügung.</i>	<input type="checkbox"/>
----------	---------------------------------------	---	--------------------------

Bei Antrag auf zweiten, mobilen Vertriebsweg			
Versorgungsbereiche	Voraussetzungen	Erklärungen/Nachweise	bestätigt
07C	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.]	<i>Ich/Wir verpflichte/n mich/uns die sachgerechte Lieferung, ggf. Installation, Inbetriebnahme bzw. Anpassung der Hilfsmittel vor Ort sicherzustellen.</i>  <i>Die Maßnahmenbeschreibung am Ende der Nachweisliste wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt.</i>	<input type="checkbox"/>
		<i>Ich/Wir verpflichte/n mich/uns die organisatorischen Rahmenbedingungen für den Außendienstesatz zu gewährleisten. Ein Organisationsdiagramm (bezogen auf die Leistungserbringung: Mitarbeiter des Unternehmens oder externe Mitarbeiter) ist beigefügt.</i>	<input type="checkbox"/>
		<i>Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, einen ausreichenden Fuhrpark oder eine andere geeignete Möglichkeit der Mobilität zur Verfügung zu halten.</i>	<input type="checkbox"/>
		<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"/>

Erklärung der Fachlichen Leitung zur mobilen Versorgung	
Erklärung	bestätigt
Hiermit erkläre ich, dass ich als Fachliche Leitung, während der Vorort Versorgung grundsätzlich im Rahmen der üblichen Betriebszeit telefonisch unter folgender Nummer für Rückfragen zur Verfügung stehe.	<input type="checkbox"/>
Telefonnummer:	
Ort	Datum
Unterschrift Fachliche Leitung	
Unterschrift Vertreter(in) der Firma	

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"/>

Maßnahmenbeschreibung zur Sicherstellung der mobilen Versorgung	
Folgende Maßnahmen wurden getroffen, um die sachgerechte Lieferung, ggf. Installation und Inbetriebnahme, bzw. Anpassung der Hilfsmittel vor Ort sicherzustellen:	
Versorgungsbereiche	Getroffene Maßnahmen (Wenn der Platz für die Beschreibung der Maßnahmen hier nicht ausreicht, bitte ein separates Dokument beifügen):
07C	

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"/>
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](http://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