

# Präqualifizierungsnachweise

## Spezialisierte Personen für Inhalations- und Atemtherapiegeräte SPIA

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"/> Spezialisierte Personen für Inhalations- und Atemtherapiegeräte
	<input type="checkbox"/> <i>Nachweis über die Teilnahme und erfolgreich abgelegten Prüfungen der Fortbildung "Qualifizierung des fachlichen Leiters für den Versorgungsbereich Inhalations- und Atemtherapiegeräte [Produktgruppe 14]" der MTAE, des FORUM Gesundheit Unna oder EGROH und Nachweis einer mindestens dreijährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe. Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebes/Fachhandels, in denen die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.</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

<b>Organisatorische Voraussetzungen</b>			
<b>Versorgungsbereiche</b>	<b>Voraussetzungen</b>	<b>Erklärungen/Nachweise</b>	<b>bestätigt</b>
14A, 14B, 14F	Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer Erreichbarkeit von qualifiziertem Personal	<i>Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, einen med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Stunden telefonischer Erreichbarkeit vorzuhalten. Der telefonische Notdienst wird durch qualifiziertes und mit den Versorgungs betrautes Personal sichergestellt.</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Die Servicetelefonnummer des telefonischen Notdienstes lautet:</i>			
14A, 14B, 14F	Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer Erreichbarkeit und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal	<i>Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, einen med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Stunden telefonischer Erreichbarkeit und persönlicher Verfügbarkeit vorzuhalten. Der telefonische und persönliche Notdienst wird durch qualifiziertes und mit den Versorgungs betrautes Personal sichergestellt. Die Servicetelefonnummer des telefonischen Notdienstes lautet:</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Die Servicetelefonnummer des telefonischen Notdienstes lautet:</i>			

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	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, welche den Bereich zeigt, in dem der Versicherte die Hilfsmittel in Empfang nimmt.</i>	<input type="checkbox"/>
14B, 14C	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Liege	<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 Liege erfüllt medizinische Anforderungen, das heißt, sie ist abwaschbar, bietet eine ergonomische Arbeitshöhe und ist von mindestens zwei Seiten begehbar.</i>	<input type="checkbox"/>
14D, 14E, 14H	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit	<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"/>
14A, 14D, 14E, 14F	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"/>
14B, 14C	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"/>
14A, 14B, 14D, 14E, 14F, 14H	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"/>

Bei Antrag auf zweiten, mobilen Vertriebsweg			
Versorgungsbereiche	Voraussetzungen	Erklärungen/Nachweise	bestätigt
14A, 14B, 14D, 14E, 14F, 14H	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 beigelegt.</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
14A, 14B, 14D, 14E, 14F, 14G	<input type="checkbox"/> striktes Rauchverbot <input type="checkbox"/> keine schnell entflammaren Gegenstände <input type="checkbox"/> aufrechte Lagerung, Fixierung als Sicherung gegen Umfallen
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):
14A, 14B, 14D, 14E, 14F, 14H	

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](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