

Kurzerläuterung zur Bearbeitung des Antrags auf Präqualifizierung für Apotheken



Agentur für Präqualifizierung GmbH

Carl-Mannich-Straße 26
65760 Eschborn

Telefon: 06196/ 928-802
Telefax: 06196/ 928-803
Mail: info@afp-da.de

Die Präqualifizierung (PQ) ersetzt als gesetzliche Vorgabe die bisherige Zulassung für die Abgabe von Hilfsmitteln. Damit stellt die PQ gemeinsam mit dem Erfüllen entsprechender Vertragsinhalte die Voraussetzung für die Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln für alle Leistungserbringer dar. Alternativ können Leistungserbringer die Kriterien der PQ auch im Einzelnachweis mit Krankenkassen erfüllen. Die PQ hingegen gilt für alle Krankenkassen über einen Zeitraum von 5 Jahren.

Zu Punkt 1:

Wählen Sie hier aus, ob Sie einen PQ-Erstantrag für Ihre Apotheke/Filiale, einen Änderungsantrag (beispielsweise, wenn Sie Versorgungsbereiche nicht mehr bedienen können, da der fachliche Leiter gewechselt hat) oder schließlich einen Folgeantrag nach etwa 4 ½ Jahren nach Erst-PQ beantragen wollen.

Zu Punkt 2 und 3:

Die unterstrichenen Felder sind Pflichtfelder. Ohne Ausfüllen dieser Felder kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

Zu Punkt 4:

Hier wählen Sie die Versorgungsbereiche aus, die Sie künftig in Ihrer Apotheke grundsätzlich, unabhängig von bestehenden Kassenverträgen, bedienen möchten. Wenn Sie beispielsweise einem Inkontinenz-Pauschalvertrag aus wirtschaftlicher Sicht nicht beigetreten sind, sich den Versorgungsbereich für andere Kassenarten jedoch offen halten wollen, sollten Sie diesen Versorgungsbereich mit beantragen. Mit dem Ankreuzen des Kästchens in der ersten Spalte beziehen Sie den Versorgungsbereich in den Antrag mit ein. Um Ihnen die Auswahl zu vereinfachen, haben wir unter dem Feld „Besondere zu erfüllende Kriterien“ die Kriterien genannt, die nicht ohne weiteres von jeder Apotheke erfüllt werden (nur ein Informations-Feld).

Zu Punkt 5:

Für die unter Punkt 4.1 genannten Versorgungsbereiche, für die der Apotheker aus Sicht der fachlichen Voraussetzungen qua Ausbildung als fachlicher Leiter qualifiziert ist, ist es beispielsweise wegen möglicher Fluktuation von angestellten Apothekern sinnvoll, den Apothekeninhaber, bzw. Filialleiter jeweils als fachlichen Leiter einzusetzen.

Werden unter Punkt 5.1 mehr als ein fachlicher Leiter eingetragen, dann ordnen Sie bitte jeden fachlichen Leiter den von Ihnen beantragten Versorgungsbereichen zu. Für jeden Versorgungsbereich können ein oder mehrere fachliche Leiter angegeben werden. Lassen Sie die fachlichen Leiter bitte auf Seite 6 unterschreiben. Bitte Unterschriften der fachlichen Leiter auf Seite 18 nicht vergessen, falls die Seiten 12 bis 22 ausgefüllt wurden!

Erreichbarkeit der fachlichen Leitung:

Es ist sicherzustellen, dass die bzw. eine fachliche Leitung während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist. Der Nachweis erfolgt über eine schriftliche Selbstverpflichtung (Eigenerklärung). Diese schriftliche Selbstverpflichtung zur Erreichbarkeit der bzw. einer fachlichen Leitung im Rahmen der üblichen Betriebszeit, ist sowohl vom Betriebsinhaber bzw. der juristischen Person sowie der fachlichen Leitung(en) zu unterschreiben.

Beschäftigung der fachlichen Leitung:

Die fachliche Leitung muss grundsätzlich im Rahmen der üblichen Betriebszeiten beschäftigt sein. Werden mehrere fachliche Leiter für den Versorgungsbereich benannt, kann die fachliche Leitung auch durch Teilzeitkräfte ausgeübt werden. Es muss dann aber auch durch die Gesamtarbeitszeit und deren Verteilung sichergestellt sein, dass die fachliche Leitung während der gesamten Betriebszeiten anwesend bzw. erreichbar ist. Die Erreichbarkeit der fachlichen Leitung während der Betriebszeiten ist durch eine von dem/den fachlichen Leiter(n) mitunterschiedene Selbstverpflichtungserklärung des Inhabers nachzuweisen. Für den Fall einer längeren Abwesenheit oder des plötzlichen Ausscheidens der fachlichen Leitung kann eine Vertretung sichergestellt werden.

Ausscheiden eines fachlichen Leiters:

Nach dem Ausscheiden der fachlichen Leitung aus dem Betrieb, hat der Inhaber oder die juristische Person unverzüglich für die Einsetzung einer anderen fachlichen Leitung zu sorgen.

Unter Punkt 5.2.1 wird die Gewerbe-Anmeldung nach § 14 GewO verlangt. Bitte eine Kopie beifügen, alternativ kann auch der Handelsregistrauszug beigefügt werden.

Der personenbezogene Auszug (außer OHG) aus dem Gewerbezentralregister nach §150 GewO (Punkt 5.2.2 des Antrags) ist über die Stadt- oder Gemeindeverwaltung am Wohnort (außer OHG) des Antragsstellers zu beantragen. Bei OHG am Standort der Apotheke für die OHG beantragen.

Mietvertrag unter Punkt 5.4.1.a: Bis auf die Vertragspartner, den Vertragsgegenstand (Apothekenräume), Mietdauer und die Unterschriften der Vertragspartner, können alle weiteren Angaben, wie z.B. Mietzins, geschwärzt werden.

Für die unter Punkt 5.5.2 genannten Versorgungsbereiche wird ein geeigneter Spiegel vorausgesetzt. Dieser Spiegel kann ein geeigneter Ganzkörper- oder ein transportabler Spiegel sein.

Grundbuchauszug: Sollte nur eine Flurnummer sichtbar sein (Bestandsverzeichnis) bitte bestätigen, dass es sich um die Apotheke handelt.

Bei den Nachweisen wird unterschieden in „Erklärung“ (offenes Feld bitte ankreuzen), „Kopie“ und „Foto“ (mit einem ☒ gekennzeichnet, wenn erforderlich) und einem Feld „Erledigt“ (offenes Feld zu Ihrer eigenen Kontrolle bitte ankreuzen).

Bei den Punkten 5.3 – 5.5 beziehen sich die Anforderungen immer auf bestimmte Versorgungsbereiche. Diese sind in der 2. Spalte jeweils aufgezählt. Vergleichen Sie diese mit der Aufzählung im Punkt 4.

Wichtig:

Falls Sie nicht weitere Versorgungsbereiche, die unter den Bestandsschutz (BEST) fallen (siehe weitere Seiten) bedienen wollen, ist damit der Antrag für Sie abgeschlossen. Sie brauchen die weiteren Seiten weder bearbeiten noch zeichnen.

Zu Punkt 9:

Im Punkt 9 sind die Versorgungsbereiche aufgezählt, für die Apotheker nicht als fachlicher Leiter qua Ausbildung vorgesehen sind und für die zunächst nur Bestandsschutz eingereicht werden kann. Zu einem späteren Zeitpunkt beabsichtigt der Spitzenverband der Krankenkassen Qualifikationsmöglichkeiten zu veröffentlichen, mit deren Erfüllen der Apotheker sich für die entsprechenden Bereiche qualifizieren kann.

Das Procedere ist analog dem Punkt 4 vorgesehen. Wählen Sie durch Ankreuzen des Feldes in der ersten Spalte die Versorgungsbereiche, die Sie auch künftig in Ihrer Apotheke/Filiale bedienen wollen.

Das weitere Procedere entspricht der Systematik der Punkte 5 – 8.

Zu Punkt 9:

Berufsgruppen / Anforderungen an den fachlichen Leiter / die verantwortliche Person

Berufsgruppe	Abkürzung	Berufsgruppe	Abkürzung
Apotheker/in	APO	Kunstaugenhersteller/-in	KAH
Augenarzt / Augenärztin	AA	Medizinische/-r Fachangestellte/-r (bis zum 30.07.2006 = Arzthelferin)	MFA
Augenoptikermeister/-in	AOM	Orthobionik B.Sc.	OB
Biomedizinische Technik B.Sc.	BMT	Ocularist/-in	OC
Systemelektroniker/-in oder Elektromechaniker/-in* mit 5jähriger einschlägiger Berufserfahrung (gemäß ZuE 91, hier 2.1c) oder mit Zusatzqualifikation „MTcert®“ (* Ausbildung seit 08.2003 nicht mehr möglich)	EM	Orthopädietechniker/-in	OT
Ergotherapeut/-in	ET	Orthopädietechnikermeister/in	OTM
Friseur/-in	F	Orthopädieschuhmacher/-in	OTS
Maskenbildner/-in		Orthopädieschuhmachermeister/-in	OTSM
Kauffrau/-mann Einzelhandel mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung im einschlägigen Fachhandel oder Fachverkäufer/in Sanitätsfachhandel oder ohne einschlägige Berufsausbildung mit mindestens fünfjähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe	FS	Physiotherapeut/-in	PT
Friseurmeister/in	FM	Rehabilitationslehrer/-in für Blinde und Sehbehinderte / Staatlich geprüfte Fachkraft der Blinden- und Sehbehindertenrehabilitation	RBS
Hebammen/Entbindungspfleger	HEB	Techniker für Biomedizin-Technik	TBT
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in Altenpfleger/-in	GKA	Techniker/-in Fachrichtung Medizintechnik	TMED
Gleichwertige Qualifikation	GQ	Zertifizierte Epithetiker/-in	ZE
Dipl.-Ing. Augenoptik (aus ZuE 91)	IAO	Zulassungsempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkasse 1991	ZuE 91
Dipl.-Ing./-in der Fachrichtung Medizintechnik	IMED		
Hörgeräteakustikermeister/-in	HAM		
Dipl.-Ing./-in für Orthopädie- und Rehatechnik	IOTR		

Sonderfälle bei „Bezug neuer Räumlichkeiten“ (Erstbezug aus Sicht des Inhabers) (behindertengerechter Zugang/Toilette)

Ein Erstbezug in diesem Sinne liegt auch bei einem Inhaberwechsel (Betriebsübernahme) vor, und zwar auch dann, wenn es sich um eine Betriebsnachfolge innerhalb der Familie handelt. Hierzu gehört ferner auch die Verlegung der Geschäftsräume in Räumlichkeiten eines bereits vorher bestehenden Betriebs.

Auf einen behindertengerechten Zugang/Toilette kann verzichtet werden, wenn das Gebäude unter Denkmalschutz steht. Zudem kann hierauf verzichtet werden, wenn der Ein- bzw. Umbau aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich ist. Voraussetzung ist, dass ein geeigneter Sachverständiger (z.B. Bausachverständiger) oder vereidigter Gutachter dies schriftlich bestätigt und begründet. Die Ausnahmeregelung entbindet den Leistungserbringer nicht davon, die vorhandene Toilette soweit wie möglich behindertengerecht auszustatten, also die Einhaltung der Sitzhöhe (48 cm) ggf. durch eine Toilettensitzerhöhung zu realisieren, Haltegriffe – entsprechend den Anforderungen unter Berücksichtigung der baulichen Gegebenheiten bzw. Möglichkeiten – zu montieren, sowie einen Notsignalknopf zu installieren. Für den Umbau ist eine 6-monatige Übergangsfrist zu setzen. Die Präqualifizierungsbestätigung ist zu entziehen, wenn die angemessene 6-monatige Frist verstreicht, ohne dass der Umbau erfolgt ist.

Wurde der Kauf-, Miet- oder Pachtvertrag der neuen Räumlichkeiten vor dem 1. Januar 2011 abgeschlossen, ist ein barrierefreier Zugang/Toilette verzichtbar (Nachweis erforderlich).

Wurde bei Antragsstellung bereits mit baulichen Veränderungen für einen behindertengerechten Zugang/Toilette begonnen und werden diese innerhalb weniger Monate abgeschlossen, genügt es, den Nachweis darüber zu führen (z.B. Kopie des Bauplans und Bestätigung des geplanten Zeitrahmens).

Der Nachweis einer behindertengerechten Toilette kann auch über eine Nutzungsvereinbarung für eine barrierefreie öffentliche Toilette erfolgen (bei Center-Apotheken üblich).

Behindertengerechter Zugang:

Türen müssen eine lichte Breite von mindestens 90 cm haben. Untere Türansläge und -schwelle sind grundsätzlich zu vermeiden. Soweit sie unbedingt erforderlich sind, müssen geeignete Rampen zur Verfügung stehen. Der Türdrücker sollte in 85 cm Höhe angebracht sein. (gilt bei Bezug von neuen Räumlichkeiten)

Behindertengerechte Toilette:

Die Tür darf nicht in den Sanitärraum schlagen. Die Tür des Sanitärraums muss abschließbar und im Notfall von außen zu entriegeln sein. Die Bewegungsfläche für Rollstuhlnutzer muss mindestens 120 cm breit und 120 cm tief sein. Unter dem Waschtisch muss Beinfreiraum vorhanden sein. Die Sitzhöhe des Klosettbeckens - einschließlich Sitz - muss 48 cm betragen. Im Bedarfsfall muss eine Höhenanpassung vorgenommen werden. Auf jeder Seite des Klosettbeckens sind klappbare, 15 cm über die Vorderkante des Beckens hinausragende Haltegriffe zu montieren, die in der waagerechten und senkrechten Position selbsttätig arretieren. Sie müssen am äußersten vorderen Punkt für eine Druckbelastung von 100 kg geeignet sein. (gilt bei Bezug von neuen Räumlichkeiten)
Mindestanforderungen (nur bei vorhandener Toilette): Bei Nutzung von Ausnahmeregelungen sind vorhandene Toiletten soweit wie möglich behindertengerecht auszustatten. Dazu gehören:

- **Einhaltung der Sitzhöhe (48cm)**
- **Haltegriffe**
- **Notsignalknopf**

Fotodokumentation

Die Fotos können über einen Drucker (Farbe oder s/w) ausgedruckt werden. Auf einer DIN A 4-Seite können 2-3 Fotos Platz finden, sofern die Motive gut erkennbar bleiben. Bitte neben den Fotos vermerken, welcher Bereich abgebildet wird oder welchem Unterpunkt im Apotheken-Antrag das jeweilige Foto zuzuordnen ist. Alternativ kann auch ein Fotoverzeichnis beigefügt werden.

Originale oder Kopien?

Wir bitten Sie, alle Nachweise, wie z.B. den Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 GewO, Pläne der Räumlichkeiten usw., nur als **Kopien** mit dem Antrag einzureichen.

Den Inhalt des Antrags zeichnen Sie mit Ihrer Unterschrift (Antragsteller) am Ende der Seite 11 (und Seite 22 – falls beantragt), der somit rechtskräftig wird.

Die gültige Entgelttabelle für Ihren Antrag finden Sie auf unserer Webseite www.afp-da.de.



AfP Agentur für Präqualifizierung GmbH

Carl-Mannich-Straße 26
65760 Eschborn

Telefon: 06196/ 928-802
Telefax: 06196/ 928-803
Mail: info@afp-da.de
http://www.afp-da.de

Agentur für Präqualifizierung
Carl-Mannich-Straße 26
65760 Eschborn

**Apotheken-Antrag auf Präqualifizierung
nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands
gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V**

1. Art des Präqualifizierungsantrags

**Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen und vollständig einreichen.
Bitte nur ein Kästchen ankreuzen!**

- PQ-Erstantrag für eine bestehende Apotheke, ggf. mit Antrag auf Bestandsschutz*
- PQ-Erstantrag für eine bestehende Filiale, ggf. mit Antrag auf Bestandsschutz*
- PQ-Änderungsantrag zur Präqualifizierungsbestätigung
Aktenzeichen: _____
- PQ-Folgeantrag für Aktenzeichen _____

* gilt auch für die Übernahme einer Haupt- oder Filial-Apotheke

2. Apothekendaten

<u>Apothekename:</u>		<u>Institutionskennzeichen</u> 1:	Institutionskennzeichen 2:
<u>Rechtsform:</u> <input type="checkbox"/> Einzelunternehmen, z. B. e. K. <input type="checkbox"/> Personengesellschaft OHG		<u>Apothekeninhaber 1:</u> <u>Weitere(r) Apothekeninhaber</u> (nur bei Personengesellschaften):	
<u>PLZ:</u>	<u>Ort:</u>	<u>Straße:</u>	
<u>Telefon:</u>		<u>Telefax:</u>	<u>E-Mail:</u>

unterstrichene Felder sind Pflichtangaben

3. Zahlung

Alle anfallenden Entgelte zu diesem Antrag werden per Lastschrift eingezogen und wir bitten Sie daher, die Felder unter Punkt 8. SEPA-Basis-Lastschriftmandat entsprechend auszufüllen.

4. Liste der Hilfsmittel

4.1 Liste der apothekenüblichen Hilfsmittel

Erläuterungen und Bearbeitungsempfehlungen

Mit der Auswahl des Versorgungsbereichs (bitte ankreuzen) beziehen Sie diesen in den Antrag auf Präqualifizierung mit ein.

Die hier genannten Versorgungsbereiche enthalten die Produktgruppen, für die der Apotheker die fachlichen Voraussetzungen qua Ausbildung erfüllt.

Empfehlenswert ist es, als fachlichen Leiter den Apotheken- oder Filialleiter einzusetzen. Bitte setzen Sie den/die Buchstaben des/der fachlichen Leiter(s) in das entsprechende Feld ein.

Neben den allgemeinen organisatorischen, räumlichen und sachlichen Anforderungen wurden hier noch die Kriterien pro Versorgungsbereich angeführt, die nicht ohne weiteres in der Apotheke vorausgesetzt werden können. So können Sie schnell sehen, ob der entsprechende Versorgungsbereich anhand der besonderen zu erfüllenden Kriterien für Sie in Frage kommt.

<input checked="" type="checkbox"/>	Versorgungsbereich	Enthaltene Hilfsmittel	Fachlicher Leiter (Mehrere Namen pro Versorgungsbereich gemäß 5.1 möglich. Bitte Buchstaben A,B,C und/oder D des jeweiligen FL eintragen)	Besondere zu erfüllende Kriterien
<input type="checkbox"/>	01 AR	Milchpumpen		<ul style="list-style-type: none"> Sicherstellung Reparaturservice Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	01 BR	Sekretabsauggeräte		<ul style="list-style-type: none"> Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal Reparaturservice Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	01 CR	Hilfsmittel zur Wunddrainage		<ul style="list-style-type: none"> Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal Sicherstellung Reparaturservice Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit
<input type="checkbox"/>	01 DR	Absaugkatheter, Absaugrohre für Laryngektomierte, sonstiges Zubehör, geschlossene Absaugsysteme		<ul style="list-style-type: none"> Sicherstellung Reparaturservice Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal
<input type="checkbox"/>	02 AR	Anziehhilfen, Ess- /Trinkhilfen, rutschfeste Unterlagen, Greifhilfen, Halterungen, Umblättergeräte manuell / Blattwender, Schreibhilfen, Mundstab, Leseständerhilfen		<ul style="list-style-type: none"> Sicherstellung Reparaturservice Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit
<input type="checkbox"/>	03 AR	Spülsysteme, schwerkraft- und pumpenabhängig		<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit
<input type="checkbox"/>	03 BR	Spritzen und Zubehör, Pens		<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit
<input type="checkbox"/>	03 CR	Transnasale und perkutane Ernährungssonden, Überleitsysteme, Mischsysteme, Zubehör		<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit

<input checked="" type="checkbox"/>	Versorgungsbereich	Enthaltene Hilfsmittel	Fachlicher Leiter (Mehrere Namen pro Versorgungsbereich gemäß 5.1 möglich. Bitte Buchstaben A,B,C und/oder D des jeweiligen FL eintragen)	Besondere zu erfüllende Kriterien
<input type="checkbox"/>	03 DR	Elektrisch betriebene Spülsysteme (z. B. elektrisch betriebener Irrigator)		<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit • Sicherstellung Reparaturservice • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	03 ER	Pumpensysteme		<ul style="list-style-type: none"> • Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal • Sicherstellung Reparaturservice • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	04 BR	Badewannensitze, Duschhilfen, Badewanneneinsätze, Sicherheitsgriffe, Aufrichtehilfen		<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung Reparaturservice • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	05 AR	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgung bis einschließlich Knie)		<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit • Spiegel • <u>Nur bei Bezug neuer Räumlichkeiten: behindertengerechter Zugang und Toilette</u>
<input type="checkbox"/>	05 B3R	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgung oberhalb des Knies)		<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Liege • Spiegel • <u>Nur bei Bezug neuer Räumlichkeiten: behindertengerechter Zugang und Toilette</u>
<input type="checkbox"/>	05 CR	Leibbinden, Brustgürtel		<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Liege • <u>Nur bei Bezug neuer Räumlichkeiten: behindertengerechter Zugang und Toilette</u> • Spiegel
<input type="checkbox"/>	07 AR	Blindenlangstöcke		<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung Reparaturservice • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit
<input type="checkbox"/>	08 AR	Stoßabsorber, Verkürzungsausgleiche		<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit
<input type="checkbox"/>	09 AR	Elektrostimulationsgeräte		<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung Reparaturservice • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	10 AR	Gehgestelle, Fahrbare Gehhilfen, Hand- /Gehstöcke, Unterarmgehstützen, Achselstützen		<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung Reparaturservice • <u>Nur bei Bezug neuer Räumlichkeiten: behindertengerechter Zugang und Toilette</u> • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	14 DR	Aerosol-Inhalationsgeräte, Inhalationshilfen, PEP-Mundsysteme, PEP-Maskensysteme		<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit • Sicherstellung Reparaturservice • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	15 AR	Inkontinenzhilfen (außer elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität)		<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit
<input type="checkbox"/>	15 BR	Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität (Elektrostimulationsgeräte bei Inkontinenz)		<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung Reparaturservice • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	17 AR	Medizinische Kompressionsstrümpfe		<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Liege • Spiegel

<input checked="" type="checkbox"/>	Versorgungsbereich	Enthaltene Hilfsmittel	Fachlicher Leiter (Mehrere Namen pro Versorgungsbereich gemäß 5.1 möglich. Bitte Buchstaben A,B,C und/oder D des jeweiligen FL eintragen)	Besondere zu erfüllende Kriterien
<input type="checkbox"/>	17 BR	Medizinische Kompressionsarmstrümpfe		<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzmöglichkeit • Spiegel
<input type="checkbox"/>	18 BR	Toilettenrollstühle, Duschrollstühle		<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzmöglichkeit • Schleif-/Bohrmaschine, Werkbank mit Werkzeugausstattung, Werkstattraum • <u>Nur bei Bezug neuer Räumlichkeiten:</u> behindertengerechter Zugang und Toilette • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	19 BR	Krankenpflegeartikel, Hygiene im Bett, Waschsysteme, Lagerungsrollen, Verbrauchspflegehilfsmittel, Sonstige		<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit
<input type="checkbox"/>	20 BR	Schulterabduktionslagerungshilfen, Armlagerungsplatten, Lagerungskeile, Therapiehilfen		<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung Reparaturservice • Akustisch und optisch abgetrennter Bereich mit Liege • Werkbank mit Werkzeug • <u>Nur bei Bezug neuer Räumlichkeiten:</u> behindertengerechter Zugang und Toilette • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	20 CR	Beinlagerungshilfen		<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung Reparaturservice, Akustisch und optisch und abgetrennter Bereich mit Liege • <u>Nur bei Bezug neuer Räumlichkeiten:</u> behindertengerechter Zugang und Toilette • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	20 ER	Sitzringe		<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgetrennter Bereich mit Liege • Sicherstellung Reparaturservice • <u>Nur bei Bezug neuer Räumlichkeiten:</u> behindertengerechter Zugang und Toilette
<input type="checkbox"/>	21 BR	Messgeräte Lungenfunktion, Blutdruck, Blutgerinnung, Blutzucker, Personenwaagen, Sprachausgaben		<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung Reparaturservice • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzmöglichkeit • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	22 AR	Umsetz- und Hebehilfen, Aufstehhilfen /-vorrichtungen für Sessel und Stühle		<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung Reparaturservice • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzmöglichkeit • <u>Nur bei Bezug neuer Räumlichkeiten:</u> behindertengerechter Zugang und Toilette • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	23 A3R	Orthesen, industriell hergestellt, ohne Anpassung		<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzmöglichkeit • Spiegel • <u>Nur bei Bezug neuer Räumlichkeiten:</u> behindertengerechter Zugang und Toilette
<input type="checkbox"/>	23 B3R	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (bis einschl. Knie)		<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzmöglichkeit • Spiegel • Werkbank mit Werkzeugausstattung • Heißluftgerät zur thermoplastischen Verarbeitung von Kunststoffen • <u>Nur bei Bezug neuer Räumlichkeiten:</u> behindertengerechter Zugang und Toilette
<input type="checkbox"/>	25 CR	Okklussionspflaster, Uhrglasverbände		<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzmöglichkeit
<input type="checkbox"/>	29 AR	Stomaartikel Konfektionierte Stomabandagen		<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch und abgegrenzter Bereich mit Liege • Spiegel • Handwaschbecken
<input type="checkbox"/>	33 AR	Toilettenhilfen		<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung Reparaturservice • Bohrmaschine, Werkbank mit Werkzeugausstattung • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite

<input checked="" type="checkbox"/>	Versorgungsbereich	Enthaltene Hilfsmittel	Fachlicher Leiter (Mehrere Namen pro Versorgungsbereich gemäß 5.1 möglich. Bitte Buchstaben A,B,C und/oder D des jeweiligen FL eintragen)	Besondere zu erfüllende Kriterien
<input type="checkbox"/>	99 CR	Erektionsringe		<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzmöglichkeit
<input type="checkbox"/>	99 DR	Vakuum-Erektionssysteme		<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzmöglichkeit
<input type="checkbox"/>	99 ER	Vaginaltrainer		<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzmöglichkeit
<input type="checkbox"/>	99 FR	N. N. (Hilfsmittel zur Anwendung an der Nase)		<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzmöglichkeit

Erweiterung der Versorgungsbereiche für Apotheken mit einschlägiger Berufspraxis in einer Apotheke mit Hilfsmittelversorgung (FS^A nur für die Versorgungsbereiche 04 AR, 16 BR, 24 CR und 99 AR)

<input checked="" type="checkbox"/>	Versorgungsbereich	Enthaltene Hilfsmittel	Fachlicher Leiter (Mehrere Namen pro Versorgungsbereich gemäß 5.1 möglich. Bitte Buchstaben A,B,C und/oder D des jeweiligen FL eintragen)	Besondere zu erfüllende Kriterien
<input type="checkbox"/>	04 AR	Badewannenlifter		<ul style="list-style-type: none"> Sicherstellung Reparaturservice Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite Nachweis einer mind. 5 jährigen einschlägigen Berufspraxis (z.B. Bestätigung des Arbeitgebers) in einer Apotheke mit Hilfsmittelversorgung Bohrmaschine Werkbank mit Werkzeugausstattung
<input type="checkbox"/>	16 BR	Signalanlagen für Gehörlose		<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite Nachweis einer mind. 5 jährigen einschlägigen Berufspraxis (z.B. Bestätigung des Arbeitgebers) in einer Apotheke mit Hilfsmittelversorgung
<input type="checkbox"/>	24 CR	Brustprothesen mit Halterungen		<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzmöglichkeit Spiegel Tischnähmaschine Zuschneide- und Arbeitstisch Werkstattraum mit Inventar Nachweis einer mind. 5 jährigen einschlägigen Berufspraxis (z.B. Bestätigung des Arbeitgebers) in einer Apotheke mit Hilfsmittelversorgung
<input type="checkbox"/>	99 AR	N.N. (Kopfschutzhelme/ -bandagen) Konfektionierte Produkte		<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Nachweis einer mind. 5 jährigen einschlägigen Berufspraxis (z.B. Bestätigung des Arbeitgebers) in einer Apotheke mit Hilfsmittelversorgung

FS^A nur für die Versorgungsbereiche 04 AR, 16 BR, 24 CR und 99 AR

FS = Fachverkäufer/in für Sanitätsfachhandel

Wird ersetzt durch: Kauffrau/-mann Einzelhandel mit mind. 3 jähriger Berufserfahrung im einschlägigen Fachhandel oder Fachverkäufer/in Sanitätsfachhandel oder ohne einschlägige Berufsausbildung mit mind. 5 jähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder Apotheke mit Hilfsmittelabgabe.

FS^A = Die Versorgungsberechtigung für diese Versorgungsbereiche als Apotheker erfordert den Nachweis einer mind. 5 jährigen einschlägigen Berufspraxis in einer Apotheke mit Hilfsmittelversorgung.

5. Voraussetzungen mit entsprechenden Nachweisen

Erläuterungen und Bearbeitungsempfehlungen

Für die PQ sind für alle Leistungserbringer fachliche, allgemeine, organisatorische, räumliche und sachliche Voraussetzungen zu erfüllen. Der Nachweis erfolgt jeweils über Selbsterklärungen (Ankreuzen im Antrag), Nachweisen von Urkunden (Kopie) oder einer beschrifteten Fotodokumentation (Foto).

In den folgenden Listen sind die Kriterien und deren Nachweise aufgeführt und mit den entsprechenden Arbeitsvermerken (Erklärung / Kopie / Fotodokumentation) versehen. Mit dem Ankreuzen des Feldes „Erledigt“ kontrollieren Sie für sich selbst, dass Sie die Nachweise/Erklärungen erfüllt bzw. erledigt haben.

ACHTUNG: Ein unvollständiger Antrag führt nach Ablauf der Frist zur Ablehnung des Antrags!

5.1 Fachlicher Leiter

Erläuterungen und Bearbeitungsempfehlungen

Siehe Kurzerläuterung zur Bearbeitung des Antrags auf Präqualifizierung für Apotheken

5.1.1 Name, Vorname A (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)	berufl. Qualifikation Berufsgruppen-abkürzung (s. Kurzerläuterung)	5.1.2 Name, Vorname B (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)	berufl. Qualifikation Berufsgruppen-abkürzung (s. Kurzerläuterung)
5.1.3 Name, Vorname C (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)	berufl. Qualifikation Berufsgruppen-abkürzung (s. Kurzerläuterung)	5.1.4 Name, Vorname D (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)	berufl. Qualifikation Berufsgruppen-abkürzung (s. Kurzerläuterung)

Nr.	Voraussetzungen	Nachweise	Erklärung	Kopie	Foto	Erledigt
5.1.5	Qualifikation je fachlicher Leiter als Apotheker	<ul style="list-style-type: none"> • Approbationsurkunde oder • Nachweis über ein abgeschlossenes pharmazeutisches Studium oder • Apothekenbetriebserlaubnis (nur bei Inhaber) 		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Qualifikation je fachlicher Leiter anderer Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Entsprechender Nachweis (Zeugnis, Meister- oder Gesellenbrief, Nachweis über die Erlaubnis des Führens der staatl. anerkannten Berufsbezeichnung o.ä.) 		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5.1.6	Eigenerklärung des Betriebsinhabers und der fachlichen Leitung	<p>Hiermit erkläre/n ich/wir, dass mindestens einer der benannten fachlichen Leiter des jeweils entsprechenden Versorgungsbereichs während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist.</p> <p>Unterschrift der/des fachlichen Leiter/s</p> <p>A</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>D</p>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

5.1.7	Kauffrau/-mann Einzelhandel mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung im einschlägigen Fachhandel oder Fachverkäufer/in Sanitätsfachhandel <u>oder</u> ohne einschlägige Berufsausbildung mit mindestens fünfjähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe	<ul style="list-style-type: none"> • Entsprechender Nachweis <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiermit erkläre ich, dass ich mind. fünf Jahre Berufspraxis im betreffenden Versorgungsbereich im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe habe 	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	--	--	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

5.2 Allgemeine Voraussetzungen

Erläuterungen und Bearbeitungsempfehlungen

Erklärungen bitte in der Spalte „Erklärung“ ankreuzen

Nr.	Voraussetzungen	Nachweise	Erklärung	Kopie	Foto	Erledigt
5.2.1	Berufsrechtliche Voraussetzungen	<i>Betriebserlaubnis <u>und</u> Gewerbeanmeldung oder alternativ Handelsregisterauszug</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.2	Gewerberechtliche Voraussetzungen werden erfüllt	<i>personenbezogener Auszug (außer OHG) aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 GewO (nicht älter als 3 Monate)</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.3	Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden	<i>Versicherungsnachweis, nicht älter als 12 Monate</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.4	Insolvenzfreiheit	<i>Hiermit erkläre/n ich/wir, dass kein Insolvenzverfahren oder vergleichbares gesetzliches Verfahren eröffnet oder die Eröffnung beantragt worden ist oder der Antrag mangels Masse abgelehnt wurde oder ein Insolvenzplan rechtskräftig bestätigt wurde.</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.5	Fristgerechte Abführung von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen	<i>Hiermit erkläre/n ich/wir meine/unsere Verpflichtung zur Zahlung von Steuern und Abgaben sowie der Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung, soweit sie der Pflicht zur Beitragszahlung unterliegen, ordnungsgemäß erfüllt zu haben.</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.6	Gewährleistung der Einhaltung des Datenschutzes	<i>Hiermit erkläre/n ich/wir, die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes einzuhalten, auch nach Beendigung der Tätigkeit.</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.7	Voraussetzungen nach § 128 SGB V (Depotverbot) werden eingehalten	<i>Hiermit erkläre/n ich/wir, die Voraussetzungen nach § 128 SGB V einzuhalten</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.3 Organisatorische Voraussetzungen

Erläuterungen und Bearbeitungsempfehlungen

Eigenerklärung und Maßnahmen zu beantragten Versorgungsbereichen sind anzukreuzen

Nr.	Voraussetzungen	Nachweise	Erklärung	Kopie	Foto	Erledigt
5.3.1 + 5.3.2	Gültig für Versorgungsbereiche: 01 BR / 01 CR / 01 DR / 03 ER Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal	<i>Hiermit verpflichte/n ich/wir mich/uns, einen Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal sicherzustellen.</i> <i>Die Notfall-Rufnummer lautet:</i> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.3.3	Gültig für alle Versorgungsbereiche: Sicherstellung einer zeitnahen Verfügbarkeit von Produkten, Zubehör und Ersatzteilen	Hiermit verpflichte/n ich/wir mich/uns, die zeitnahe Versorgung mit verordneten Hilfsmitteln, Zubehör und Ersatzteilen sicherzustellen. <u>Maßnahmen (und/oder, bitte ankreuzen):</u> <input type="checkbox"/> Entsprechende Vorrats- und Lagerhaltung <input type="checkbox"/> Kurzfristige Bezugsmöglichkeiten über den Pharmagroßhandel, den Hersteller oder sonstige Anbieter	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5.3.4	Gültig für Versorgungsbereiche: 01 AR / 01 BR / 01 DR / 02 AR / 03 DR / 03 ER / 04 AR / 04 BR / 07 AR / 09 AR / 10 AR / 14 DR / 15 BR / 16 BR / 18 BR / 20 BR / 20 CR / 20 ER / 21 BR / 22 AR / 23 B3R / 33 AR Sicherstellung der sachgerechten Durchführung und Instandhaltung und Reparaturen	Hiermit verpflichte/n ich/wir mich/uns, erforderliche Instandhaltungen und Reparaturen sach- und fachgerecht durchzuführen. <u>Maßnahmen (und/oder, bitte ankreuzen):</u> <input type="checkbox"/> Vereinbarungen mit dem Hersteller <input type="checkbox"/> Selbständige Reparatur und Instandhaltung in Werkstatt <input type="checkbox"/> Servicevereinbarung mit Fremd-Werkstatt	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5.3.5	Gültig für Versorgungsbereiche: 01 AR / 01 BR / 03 DR / 03 ER / 04 AR / 04 BR / 09 AR / 10 AR / 14 DR / 15 BR / 16 BR / 18 BR / 20 BR / 20 CR / 21 BR / 22 AR / 33 AR <u>Für wiedereinsatzbare Produkte:</u> Sicherstellung einer fachgerechten und produktgeeigneten Reinigung und Desinfektion (Wiederaufbereitung)	Hiermit verpflichte/n ich/wir mich/uns, eine fachgerechte Reinigung und Desinfektion bei Hilfsmitteln im Wiedereinsatz sicherzustellen. <u>Maßnahmen (bitte ankreuzen):</u> <input type="checkbox"/> Nach Eingang Lagerung auf der unreinen Seite <input type="checkbox"/> und zeitnahe Reinigung und Desinfektion nach Herstellerangaben <input type="checkbox"/> und danach Übernahme in den reinen Bereich zur weiteren Lagerung <input type="checkbox"/> oder Servicevertrag mit dem Hersteller oder Fremdanbieter	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5.3.6	Gültig für Versorgungsbereiche: Alle außer 22 AR Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (konfektionierte Produkte)	Hiermit erkläre/n ich/wir, bei konfektionierten Hilfsmitteln permanent eine ausreichende Menge an Produkten zur Auswahl vorzuhalten.	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

5.4 Räumliche Voraussetzungen

Erläuterungen und Bearbeitungsempfehlungen

Die Grundrisskizze (im DIN A4-Format) ist alternativ auch als handschriftliche Skizze beizufügen. In der Grundrisskizze sind die Räumlichkeiten der Apotheke zu beschriften, von denen die Fotodokumentationen nachgewiesen werden müssen.

Bei der Fotodokumentation muss der entsprechende Bereich erkennbar, das Foto beschriftet **und mit Apothekenstempel versehen** sein. Alternativ kann ein Fotoverzeichnis beigelegt werden.

Nr.	Voraussetzungen	Nachweise	Erklärung	Kopie	Foto	Erledigt
5.4.1.a	Gültig für alle Versorgungsbereiche Mietvertrag oder Grundbuchauszug Grundrisskizze oder Raumskizze	<input type="checkbox"/> Kopie Mietvertrag / Pachtvertrag* oder Grundbuchauszug <input type="checkbox"/> Grundrisskizze / Raumskizze		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.4.1.b	Gültig für alle Versorgungsbereiche: Verkaufs- und Empfangsbereich	<input type="checkbox"/> Fotodokumentation			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.2	Gültig für Versorgungsbereiche: 05 B3R / 17 AR / 17 ER / 20 BR / 20 CR / 20 ER / 29 AR Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Liege	<input type="checkbox"/> Fotodokumentation			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nr.	Voraussetzungen	Nachweise	Erklärung	Kopie	Foto	Erledigt
5.4.3	<p>Gültig für Versorgungsbereiche: 01 AR / 01 BR / 01 CR / 01 DR / 02 AR / 03 AR / 03 BR / 03 CR / 03 DR / 03 ER / 05 AR / 07 AR / 08 AR / 09 AR / 14 DR / 15 AR / 15 BR / 16 BR / 17 BR / 18 BR / 19 BR / 21 BR / 22 AR / 23 A3R / 23 B3R / 24 CR / 25 CR / 99 AR</p> <p>Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzmöglichkeit</p>	<p><input type="checkbox"/> Fotodokumentation</p>			<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
5.4.4	<p>Gültig für Versorgungsbereiche: 18 BR / 24 CR</p> <p>Werkstattraum, Arbeitsplatz für Anpassung und Zurüstung von Hilfsmitteln</p>	<p><input type="checkbox"/> Fotodokumentation</p>			<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
5.4.5	<p>Gültig für alle Versorgungsbereiche:</p> <p>Lagermöglichkeiten unter Umgebungsbedingungen gemäß den Empfehlungen des Herstellers</p>	<p><input type="checkbox"/> Fotodokumentation</p>			<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
5.4.6	<p>Gültig für Versorgungsbereiche: 01 AR / 01 BR / 03 DR / 03 ER / 04 AR / 04 BR / 09 AR / 10 AR / 14 DR / 15 BR / 16 BR / 18 BR / 20 BR / 20 CR / 21 BR / 22 AR / 33 AR</p> <p><u>Für wiedereinsetzbare Produkte:</u> Räumliche Trennung der Lagerflächen für noch nicht hygienisch aufbereitete und entsprechend aufbereitete Produkte (<u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite)</p>	<p><input type="checkbox"/> Fotodokumentation <u>unreine</u> Seite, z.B. Ablagefläche des Labortisches</p> <p><input type="checkbox"/> Fotodokumentation <u>reine</u> Seite, z.B. Regal in einem Lager. Kann auch identisch mit Punkt 5.4.5 sein. Beschriftung beachten</p>			<p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
5.4.7	<p>Gültig für Versorgungsbereich: 29 AR</p> <p>Handwaschbecken zur Nutzung durch den Versicherten</p>	<p><input type="checkbox"/> Fotodokumentation</p>			<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
5.4.8	<p>Gültig für Versorgungsbereiche: 05 AR / 05 B3R / 10 AR / 18 BR / 20 BR / 20 CR / 20 ER / 22 AR / 23 A3R / 23 B3R</p> <p><u>Nur bei Bezug neuer Räumlichkeiten:</u> Behindertengerechter Zugang</p>	<p><input type="checkbox"/> Fotodokumentation</p>			<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
5.4.9	<p>Gültig für Versorgungsbereiche: 05 AR / 05 B3R / 10 AR / 18 BR / 20 BR / 20 CR / 20 ER / 22 AR / 23 A3R / 23 B3R</p> <p><u>Nur bei Bezug neuer Räumlichkeiten:</u> Behindertengerechte Toilette gem. DIN 18040-2</p>	<p><input type="checkbox"/> Fotodokumentation</p> <p><input type="checkbox"/> Nutzungsvereinbarung für eine barrierefreie öffentliche Toilette (bei Center-Apotheken üblich) oder</p> <p><input type="checkbox"/> Bescheinigung eines geeigneten (Bau-) Sachverständigen</p> <p><input type="checkbox"/> Bei vorhandener Toilette sind die Mindestanforderungen zu erfüllen. (Fotodokumentation)</p>		<p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>

* siehe Kurzerläuterung zur Bearbeitung des Antrags auf Präqualifizierung für Apotheken

5.5 Sachliche Voraussetzungen

			Erklärung	Kopie	Foto	Erledigt
Nr.	Voraussetzungen (Inventarliste)	Nachweise				
5.5.1.	Gültig für Versorgungsbereiche: 04 AR / 18 BR / 33 AR Bohrmaschine	<input type="checkbox"/> Foto der Bohrmaschine Typbezeichnung: _____ Seriennummer: _____			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5.2	Gültig für Versorgungsbereiche: 01 BR / 05 AR / 05 B3R / 17 AR / 17 BR / 23 A3R / 23 B3R / 24 CR / 27 AR / 29 AR Geeigneter Spiegel (siehe Kurzerläuterung)	<input type="checkbox"/> Foto des Spiegels			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5.3	Gültig für Versorgungsbereiche: 18 BR (Toiletten- und Duschrollstühle) Schleifmaschine	<input type="checkbox"/> Foto der Schleifmaschine Typbezeichnung: _____ Seriennummer: _____			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Gültig für Versorgungsbereiche: 04 AR / 17 ER / 18 BR / 20 BR / 23 B3R / 33 AR Werkbank mit Werkzeugausstattung	<input type="checkbox"/> Foto der Werkbank mit Ausstattung			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5.5	Gültig für Versorgungsbereich: 24 CR Zuschneide- und Arbeitstisch	<input type="checkbox"/> Foto des Zuschneide- und Arbeitstisch			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5.6	Gültig für Versorgungsbereich: 24 CR Tischnähmaschine	<input type="checkbox"/> Foto der Tischnähmaschine Typbezeichnung: _____ Seriennummer: _____			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5.7	Gültig für Versorgungsbereich: 23 B3R Heißluftgerät zur thermoplastischen Verarbeitung von Kunststoffen	<input type="checkbox"/> Foto des Heißluftgerätes Typbezeichnung: _____ Seriennummer: _____			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Weitere Erklärungen des Antragstellers

Ich erkläre mich mit folgenden Punkten einverstanden:

6.1.	<p>Generelle Einwilligung in die Datenerfassung, -verarbeitung und -weiterleitung zu Zwecken der Präqualifizierung Mir ist bekannt, dass die erhobenen Daten zu Zwecken der Erfassung der Präqualifizierung an den GKV-Spitzenverband übermittelt werden. Ich beauftrage ab Antragseingang die Agentur für Präqualifizierung GmbH mit der Erfassung und dauerhaften Speicherung meiner im Rahmen dieses Antrags übermittelten Daten zu Zwecken der Präqualifizierung und nach Schließung der Betriebsstätte für mind. weitere 6 Jahre. Dies gilt gleichzeitig für die von der Agentur für Präqualifizierung GmbH vertraglich eingebundenen externen Stellen. Des Weiteren beauftrage ich die Agentur für Präqualifizierung GmbH mit der Weiterleitung meiner Daten entsprechend der Vereinbarung gemäß § 126 Absatz 1a SGB V über das Verfahren zur Präqualifizierung von Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich an den GKV-Spitzenverband. Der GKV-Spitzenverband ist befugt, die übermittelten Daten zu Zwecken der Eigenprüfung allen Krankenkassen in geeigneter Weise zur Verfügung zu stellen.</p>
6.2.	<p>Einwilligung zur Datenübermittlung an externe Stelle Die AfP GmbH wird gleichfalls beauftragt, die Präqualifizierungsdaten zur Nutzung an von der AfP GmbH beauftragte externe Stellen (beispielsweise LAV Service Gesellschaften) weiterzuleiten.</p>

7. Falls Antrag für Filial-Apotheke gestellt: Angaben zur Haupt-Apotheke

<u>Apothekenname Hauptbetrieb:</u>	<u>Institutionskennzeichen 1:</u>	<u>Institutionskennzeichen 2:</u>
<u>PLZ, Ort, Straße</u>	<u>Apothekeninhaber:</u>	

unterstrichene Felder sind Pflichtangaben

8. SEPA-Basis-Lastschriftmandat mit späterer Mitteilung der Mandatsreferenz

<u>Kontoinhaber:</u>	<u>BIC:</u>
<u>Kreditinstitut:</u>	<u>IBAN:</u>

unterstrichene Felder sind Pflichtangaben

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Agentur für Präqualifizierung GmbH, wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Agentur für Präqualifizierung GmbH auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE79AFP0000320490

Unterschrift für den Hauptantrag und das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren (Bei fehlender Unterschrift wird der Antrag nicht bearbeitet und an Sie zurückgeschickt!)

Wichtiger Hinweis: Mit dieser Unterschrift werden auch die im Antrag bereits vorangekreuzten Eigenerklärungen (Punkt 5.1.6; 5.2.4; 5.2.5; 5.2.6, 5.2.7 und 5.3.3) ausdrücklich bestätigt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Betriebsinhaber/Kontoinhaber

Die nachfolgenden Seiten nur weiterbearbeiten, falls weitere Versorgungsbereiche in der Apotheke bedient werden!

9. Erklärung zu weiteren fachlichen Leitern oder zum Bestandsschutz bis zum 31.12.2015

Erläuterungen und Bearbeitungsempfehlungen

Die hier aufgeführten Versorgungsbereiche enthalten die Produktgruppen, die nur von wenigen (homecareaktiven) Apotheken abgegeben werden und für die der Apotheker nicht qua Ausbildung die fachlichen Anforderungen erfüllt. Der Apotheker kann sich durch entsprechende Maßnahmen qualifizieren. Diese Maßnahmen wurden jedoch noch nicht vom Spitzenverband definiert. Als Übergang wurde ein Bestandsschutz bis zum 31.12.2015 definiert. Dieser Bestandsschutz bezieht sich jedoch nur auf die fachlichen Anforderungen. Weitere Anforderungen, organisatorische, räumliche und sachliche Anforderungen müssen erfüllt sein.

Alternativ können Sie einen fachlichen Leiter aus den gelisteten Berufsgruppen einsetzen und damit die Präqualifizierung für 5 Jahre beantragen.

Mit der Auswahl des Versorgungsbereichs (Anzukreuzen in der ersten Spalte) und Angabe der/des fachlichen Leiter/s oder des Bestandsschutzes (Auswahl, z. B. durch Umkreisen von **BEST** in der fünften Spalte), beziehen Sie diesen in den Antrag auf Präqualifizierung mit ein. Zu Ihrer Erleichterung sind in der Liste die Hilfsmittel und die besonderen zu erfüllenden Kriterien aufgeführt (behindertengerechter Zugang und Toilette nur bei Neubezug/Inhaberwechsel). Bereits erbrachte Nachweise müssen nicht nochmals beigefügt werden.

<input checked="" type="checkbox"/>	VB	Enthaltene Hilfsmittel	² Abk. zugelassene FL	Bestandsschutz (BEST)	Fachlicher Leiter (fachl. Leiter gemäß 5.1 die/den Buchstaben A, B, C und/oder D oder gemäß 9.1 den Buchstaben E, F, G und/oder H eintragen)	Besondere zu erfüllende Kriterien
<input type="checkbox"/>	02 BR	Umlättergeräte elektrisch Bedienungssensoren	OTM IOTR IMED TMED GQ BMT TBT EM			<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	02 CR	Umfeldkontrollgeräte für elektrische Geräte	IOTR IMED TMED GQ BMT TBT EM			<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	04 AR	Badewannenlifter	OTM IOTR OT IMED TMED GQ BMT TBT EM FS			<ul style="list-style-type: none"> Reparaturservice Bohrmaschine Werkbank mit Werkzeugausstattung Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	06 AR	Bestrahlungsgeräte	IMED TMED GQ BMT TBT EM	BEST		<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Spiegel
<input type="checkbox"/>	07 BR	Elektronische Blindenleitgeräte	IMED TMED GQ BMT TBT EM RBS	BEST		<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	07 CR	Blindenhilfsmittel	IMED TMED GQ BMT TBT EM	BEST		<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite Spiegel

☒	VB	Enthaltene Hilfsmittel	2 Abk. zuge-lassene FL	Bestands-schutz (BEST)	Fachlicher Leiter (fachl. Leiter gemäß 5.1 die/den Buchstaben A, B, C und/oder D oder gemäß 9.1 den Buchstaben E, F, G und/oder H eintragen)	Besondere zu erfüllende Kriterien
☐	10 BR	Gehwagen, Gehübungsgeräte, Sonstige Gehhilfen, Zubehör	OTM IOTR OT IMED TMED GQ BHT TBT EM ET	BEST		<ul style="list-style-type: none"> • Reparaturservice • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit • Werkbank mit Inventar, Bohr-, Schleifmaschine • Werkstattraum • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
☐	11 AR	Hilfsmittel gegen Dekubitus (Statische Positionierungshilfen und Produkte zur Leib-/Rumpfvorsorgung, Ganzkörperversorgung)	OTM IOTR IMED GQ BMT GKA	BEST		<ul style="list-style-type: none"> • Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal • Reparaturservice • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
☐	11 BR	Hilfsmittel gegen Dekubitus (Sitzunterstützung, Rückenversorgung)	OTM IOTR OT IMED GKA GQ BMT	BEST		<ul style="list-style-type: none"> • Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal • Reparaturservice • Werkbank mit Werkzeugausstattung • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
☐	12 AR	Hilfsmittel bei Tracheostoma	IMED GKA TMED GQ BMT TBT EM	BEST		<ul style="list-style-type: none"> • Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal • Reparaturservice • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit • Behindertengerechter Zugang / Toilette* • Spiegel
☐	14 AR	Modulare respiratorische Systeme, Ergänzungen für modulare respiratorische Systeme, Basisgeräte für schlafbezogene Atemstörungen, Atemgasbefeuchter, CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen	IMED TMED GQ BMT TBT EM	BEST		<ul style="list-style-type: none"> • Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal • Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal • Reparaturservice • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit
☐	14 BR	Konfektionierte Masken zur Adaption respiratorischer Systeme	IMED TMED GQ BMT TBT EM	BEST		<ul style="list-style-type: none"> • Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal • Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Liege • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite • Spiegel
☐	14 CR	Individuell angefertigte Masken zur Adaption respiratorischer Systeme	IMED TMED GQ BMT TBT EM ZE	BEST		<ul style="list-style-type: none"> • Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal • Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal • Reparaturservice • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Liege • Spiegel

¹Versorgungsbereich

² Siehe Kurzerläuterungen: Abk. Berufsgruppen/zugelassene fachliche Leiter

* behindertengerechter Zugang / Toilette nur bei Bezug neuer Räumlichkeiten

<input checked="" type="checkbox"/>	¹ VB	Enthaltene Hilfsmittel	² Abk. zuge-lassene FL	Bestands-schutz (BEST)	Fachlicher Leiter (fachl. Leiter gemäß 5.1 die/den Buchstaben A, B, C und/oder D <u>oder</u> gemäß 9.1 den Buchstaben E, F, G und/oder H eintragen)	Besondere zu erfüllende Kriterien
<input type="checkbox"/>	14 ER	Abklopf- und Vibrationsgeräte In-/Exsufflator	IMED TMED GQ BMT TBT EM	BEST		<ul style="list-style-type: none"> Reparaturservice Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	14 FR	Sauerstofftherapiegeräte	IOTR IMED TMED GQ BMT TBT EM	BEST		<ul style="list-style-type: none"> Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal Reparaturservice Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	14 GR	Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Zubehör zur Erweiterung von Beatmungsgeräten und -modulen, Basisgeräte für Beatmung, Modulare, respiratorische Systeme, Atemgasbefeuchter, Spezialgeräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen	IMED TMED GQ BMT TBT EM	BEST		<ul style="list-style-type: none"> Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal Reparaturservice Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	16 AR	Kommunikationshilfen	GQ	BEST		<ul style="list-style-type: none"> Reparaturservice Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Behindertengerechter Zugang / Toilette* Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	16 BR	Signalanlagen für Gehörlose	OTM IOTR OT IMED GKA TMED GQ BMT TBT EM HAM FS			<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	17 CR	Hilfsmittel zur Narbenkompression	OTM IOTR OT GQ	BEST		<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Liege Spiegel
<input type="checkbox"/>	17 DR	Hilfsmittel zur Narbenkompression (Kopf)	OTM IOTR OT ZE GQ			<ul style="list-style-type: none"> Reparaturservice Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Spiegel

☒	¹ VB	Enthaltene Hilfsmittel	² Abk. zuge-lassene FL	Bestands-schutz (BEST)	Fachlicher Leiter (fachl. Leiter gemäß 5.1 die/den Buchstaben A, B, C und/oder D oder gemäß 9.1 den Buchstaben E, F, G und/oder H eintragen)	Besondere zu erfüllende Kriterien
☐	17 ER	Apparate zur Kompressionstherapie (in der Praxis, wenn fachlicher Leiter GKA)	OTM IOTR OT IMED GKA TMED GQ BMT TBT EM			<ul style="list-style-type: none"> • Reparaturservice • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Liege • Werkbank mit Werkzeugausstattung • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
☐	18 AR	Kranken-/ Behinderten-fahrzeuge, Rollstühle mit Sitzkantelung, Pflegerollstühle	OTM IOTR OT IMED TMED GQ OB BMT TBT EM ET	BEST		<ul style="list-style-type: none"> • Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal • Reparaturservice • Werkbank mit Werkzeugausstattung • Schleif- und Bohrmaschine • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit • Behindertengerechter Zugang / Toilette*
☐	19 AR	Betten, Zubehör	OTM IOTR OT IMED TMED GQ BMT TBT EM	BEST		<ul style="list-style-type: none"> • Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal • Reparaturservice • Werkbank mit Werkzeugausstattung • Schleif- und Bohrmaschine • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Liege • Behindertengerechter Zugang / Toilette* • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
☐	20 DR	Therapieliegen bei Mukoviszidose	OTM IOTR OT IMED TMED GQ BMT TBT EM			<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Liege • Behindertengerechter Zugang / Toilette* • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
☐	21 AR	Überwachungsgeräte für Vitalfunktionen bei Kindern, Überwachungsgeräte zur nicht-invasiven Blutgaskontrolle, Anfall-Überwachungsgeräte für Epilepsiekranke	IMED TMED GQ BMT TBT EM			<ul style="list-style-type: none"> • Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal • Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal • Reparaturservice • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
☐	22 BR	Lifter und Zubehör zu Liftern, Rampensysteme, Zwei-/Dreiräder und Zubehör	OTM IOTR OT IMED TMED GQ BMT TBT EM	BEST		<ul style="list-style-type: none"> • Reparaturservice • Werkbank mit Werkzeugausstattung • Schleifmaschine • Bohrmaschine • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit • Behindertengerechter Zugang / Toilette*
☐	24 CR	Prothesen, Brustprothesen mit Halterung	OTM IOTR OT GKA GQ FS			<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit • Werkstatttraum • Zuschneide- und Arbeitstisch • Tischnämaschine • Spiegel
☐	24 DR	Prothesen, Augenprothesen aus Glas	GQ KAH OC			<ul style="list-style-type: none"> • Werkstatttraum • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit • Spiegel

<input checked="" type="checkbox"/>	¹ VB	Enthaltene Hilfsmittel	² Abk. zugelassene FL	Bestandschutz (BEST)	Fachlicher Leiter (fachl. Leiter gemäß 5.1 die/den Buchstaben A, B, C und/oder D oder gemäß 9.1 den Buchstaben E, F, G und/oder H eintragen)	Besondere zu erfüllende Kriterien
<input type="checkbox"/>	24 ER	Prothesen, Augenprothesen aus Kunststoff	GQ OC	BEST		<ul style="list-style-type: none"> Reparaturservice Werkbank mit Werkzeugausstattung Werkstattraum Schleifmaschine Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Spiegel
<input type="checkbox"/>	24 FR	Epithesen (Hals-/Kopfbereich)	OTM ZE OC GQ			<ul style="list-style-type: none"> Reparaturservice Werkbank mit Werkzeugausstattung Werkstattraum Schleifmaschine Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Spiegel
<input type="checkbox"/>	24 GR	Epithesen (Leib/Rumpf)	OTM ZE GQ			<ul style="list-style-type: none"> Reparaturservice Werkbank mit Werkzeugausstattung Werkstattraum Schleifmaschine Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Spiegel
<input type="checkbox"/>	25 BR	Schieltherapeutika	AOM IAO GQ			<ul style="list-style-type: none"> Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit
<input type="checkbox"/>	25 FR	Elektronisch vergrößernde Sehhilfen, Leseständer	IMED TMED AOM IAO GQ BMT TBT EM			<ul style="list-style-type: none"> Reparaturservice Werkstattraum Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	26 B3R	Sitzschalen, konfektioniert Therapiestühle/-sitzhilfen für Kinder, Autokindersitze für Behinderte, Arthrodesensitzkissen, Arthrodesenstühle, Fahrgestelle für Sitzschalen/Sitzsysteme, Sitzkeil für Kinder	OTM IOTR OT TMED GQ			<ul style="list-style-type: none"> Reparaturservice Werkbank mit Werkzeugausstattung Werkstattraum Tischnäähmaschine Bohrmaschine Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Behindertengerechter Zugang / Toilette* Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	27 AR	Sprechhilfen	IMED GKA TMED GQ BMT TBT EM	BEST		<ul style="list-style-type: none"> Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal Reparaturservice Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Spiegel Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	28 AR	Stehhilfen	OTM IOTR OT IMED TMED GQ BMT TBT EM ET	BEST		<ul style="list-style-type: none"> Reparaturservice Werkbank mit Werkzeugausstattung Werkstattraum Schleifmaschine Bohrmaschine Behindertengerechter Zugang / Toilette* Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
<input type="checkbox"/>	32 AR	Therapeutische Bewegungsgeräte	OTM IOTR OT IMED TMED GQ BMT TBT EM PT ET	BEST		<ul style="list-style-type: none"> Reparaturservice Werkbank mit Werkzeugausstattung Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit Behindertengerechter Zugang / Toilette* Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite

☒	¹ VB	Enthaltene Hilfsmittel	² Abk. zugelassene FL	Bestandschutz (BEST)	Fachlicher Leiter (fachl. Leiter gemäß 5.1 die/den Buchstaben A, B, C und/oder D oder gemäß 9.1 den Buchstaben E, F, G und/oder H eintragen)	Besondere zu erfüllende Kriterien
☐	32 BR	CPM-Motorbewegungsschienen	OTM IOTR OT IMED TMED GQ BMT TBT EM PT ET	BEST		<ul style="list-style-type: none"> • Reparaturservice • Werkbank mit Werkzeugausstattung • Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit • Räumliche Lagerflächentrennung in <u>unreine</u> und <u>reine</u> Seite
☐	99 AR	N.N. (Kopfschutzhelme/-bandagen) Konfektionierte Produkte	OTM IOTR OT IMED FS GKA GQ BMT MFA PT			<ul style="list-style-type: none"> • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit
☐	99 BR	N.N. (Kiefermuskeltrainer)	OTM IOTR OT IMED GQ BMT			<ul style="list-style-type: none"> • Reparaturservice • Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzgelegenheit
☐	99 HR	N.N. (Hilfsmittel zur Unterstützung der Herzätigkeit)	IMED TMED GQ BMT TBT EM			<ul style="list-style-type: none"> • Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal • Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal • Reparaturservice

¹Versorgungsbereich

² Siehe Kurzerläuterungen: Abk. Berufsgruppen/zugelassene fachliche Leiter

* behindertengerechter Zugang / Toilette nur bei Bezug neuer Räumlichkeiten

9.1 Übersicht zu weiteren fachlichen Leitern oder Nachweise zum Bestandsschutz*

* siehe Kurzerläuterung zur Bearbeitung des Antrags auf Präqualifizierung für Apotheken

Hinweis: Bitte nur die Nachweise ausfüllen bzw. mitliefern, die noch nicht im Hauptantrag ausgefüllt wurden. 9.1.1 bis 9.1.4: nur für zusätzliche Fachliche Leiter, die noch nicht unter 5.1 aufgeführt sind.

9.1.1 Name, Vorname E (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)	berufl. Qualifikation Berufsgruppen- abkürzung (s. Kurzerläuterung)	9.1.2 Name, Vorname F (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)	berufl. Qualifikation Berufsgruppen- abkürzung (s. Kurzerläuterung)
9.1.3 Name, Vorname G (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)	berufl. Qualifikation Berufsgruppen- abkürzung (s. Kurzerläuterung)	9.1.4 Name, Vorname H (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)	berufl. Qualifikation Berufsgruppen- abkürzung (s. Kurzerläuterung)

Nr.	Voraussetzungen	Nachweise	Erklärung	Kopie	Foto	Erledigt
9.1.5	Eigenerklärung des Betriebsinhabers und der fachlichen Leitung	<p>Hiermit erkläre/n ich/wir, dass mindesten einer der benannten fachlichen Leiter des jeweils entsprechenden Versorgungsbereichs während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist.</p> <p>Unterschrift des fachlichen Leiters</p> <p>E</p> <p>F</p> <p>G</p> <p>H</p>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

9.2 Organisatorische Voraussetzungen

Nr.	Voraussetzungen	Nachweise	Erklärung	Kopie	Foto	Erledigt
9.2.1	<p>Gültig für Versorgungsbereiche: 18 AR / 19 AR / 27 AR</p> <p>Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal</p>	<p>Hiermit verpflichte/n ich/wir mich/uns, einen Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal sicherzustellen.</p> <p>Die Notfall-Rufnummer (Handy) lautet:</p>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
9.2.2	<p>Gültig für Versorgungsbereiche: 11 AR / 11 BR / 12 AR / 14 AR / 14 BR / 14 CR / 14 FR / 14 GR / 21 AR / 99 HR</p> <p>Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal</p>	<p>Hiermit verpflichte/n ich/wir mich/uns, einen Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal sicherzustellen.</p> <p>Die Notfall-Rufnummer (Handy) lautet:</p>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Nr.	Voraussetzungen	Nachweise	Erklärung	Kopie	Foto	Erledigt
9.2.3	<p>Gültig für alle Versorgungsbereiche: 02 BR / 02 CR / 04 AR / 05 CR / 06 AR / 07 BR / 07 CR / 10 BR / 11 AR / 11 BR / 12 AR / 14 AR / 14 BR / 14 CR / 14 ER / 14 FR / 14 GR / 16 AR / 17 CR / 17 DR / 17ER / 18 AR / 19 AR / 20 DR / 21 AR / 22 BR / 24CR / 24 DR / 24 ER / 24 FR / 24 GR / 25 BR / 25 FR / 26 B3R / 27AR / 28 AR / 32 AR / 32 BR / 99AR / 99 BR / 99 HR</p> <p>Sicherstellung einer zeitnahen Verfügbarkeit von Produkten, Zubehör und Ersatzteilen</p>	<p>Hiermit verpflichte/n ich/wir mich/uns, die zeitnahe Versorgung mit verordneten Hilfsmitteln, Zubehör und Ersatzteilen sicherzustellen.</p> <p><u>Maßnahmen (und/oder, bitte ankreuzen):</u></p> <p><input type="checkbox"/> Entsprechende Vorrats- und Lagerhaltung</p> <p><input type="checkbox"/> Kurzfristige Bezugsmöglichkeiten über den Pharmagroßhandel, den Hersteller oder sonstige Anbieter</p>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
9.2.4	<p>Gültig für Versorgungsbereiche: 02 BR / 02 CR / 04 AR / 06 AR / 07 BR / 07 CR / 10 BR / 11 AR / 11 BR / 12 AR / 14 AR / 14 CR / 14 ER / 14 FR / 14 GR / 16 AR / 16 BR / 17 ER / 18 AR / 19 AR / 20 DR / 21 AR / 22 BR / 24 ER / 24 FR / 24 GR / 25 FR / 26 B3R / 27 AR / 28 AR / 32 AR / 32 BR / 99 HR</p> <p>Sicherstellung der sachgerechten Durchführung und Instandhaltung und Reparaturen</p>	<p>Hiermit verpflichte/n ich/wir mich/uns, erforderliche Instandhaltungen und Reparaturen sach- und fachgerecht durchzuführen.</p> <p><u>Maßnahmen(und/oder, bitte ankreuzen):</u></p> <p><input type="checkbox"/> Vereinbarungen mit dem Hersteller</p> <p><input type="checkbox"/> Selbständige Reparatur und Instandhaltung in Werkstatt</p> <p><input type="checkbox"/> Servicevereinbarung mit Fremd-Werkstatt</p>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
9.2.5	<p>Gültig für Versorgungsbereiche: 02 BR / 02 CR / 04 AR / 06 AR / 07 BR / 07 CR / 10 BR / 11 AR / 11 BR / 14 AR / 14 ER / 14 FR / 14 GR / 16 AR / 16 BR / 17 ER / 18 AR / 19 AR / 20 DR / 21 AR / 22 BR / 25 FR / 26 B3R / 27 AR / 28 AR / 32 AR / 32 BR</p> <p><u>Für wiedereinsatzbare Produkte:</u> Sicherstellung einer fachgerechten und produktgeeigneten Reinigung und Desinfektion (Wiederaufbereitung)</p>	<p>Hiermit verpflichte/n ich/wir mich/uns, eine fachgerechte Reinigung und Desinfektion bei Hilfsmitteln im Wiedereinsatz sicherzustellen.</p> <p><u>Maßnahmen (bitte ankreuzen):</u></p> <p><input type="checkbox"/> Nach Eingang Lagerung auf der unreinen Seite</p> <p><input type="checkbox"/> und zeitnahe Reinigung und Desinfektion nach Herstellerangaben und danach Übernahme in den reinen Bereich zur weiteren Lagerung</p> <p><input type="checkbox"/> oder Servicevertrag mit dem Hersteller oder Fremdanbieter</p>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
9.2.6	<p>Gültig für Versorgungsbereiche: Alle außer 22 BR / 24 CR / 24 GR</p> <p>Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (konfektionierte Produkte)</p>	<p>Hiermit erkläre/n ich/wir, bei konfektionierten Hilfsmitteln permanent eine ausreichende Menge an Produkten zur Auswahl vorzuhalten.</p>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
9.2.7	<p>Gültig für Versorgungsbereiche: 02 BR / 02 CR / 06 AR / 07 BR / 07 CR / 14 AR / 14 BR / 14 CR / 14 ER / 14 FR / 14 GR / 16 AR / 21 AR / 32 BR</p> <p>Sicherstellung einer zeitnahen Vor-Ort-Versorgung, Transportables Produktsortiment für die Vor-Ort Versorgung, Sicherstellung einer Beratung und Einweisung vor Ort</p>	<p>Hiermit erkläre/n ich/wir, die nebenstehenden Anforderungen zu erfüllen.</p>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

9.3 Räumliche Voraussetzungen

**Erläuterungen
und
Bearbeitungs-
empfehlungen**

Die Grundrisskizze (im DIN A4-Format) ist alternativ auch als handschriftliche Skizze beizufügen. In der Grundrisskizze sind die Räumlichkeiten der Apotheke zu beschriften, von denen die Fotodokumentationen nachgewiesen werden müssen.

Bei der Fotodokumentation muss der entsprechende Bereich erkennbar, das Foto beschriftet **und mit Apothekenstempel versehen** sein. Alternativ kann ein Fotoverzeichnis beigelegt werden.

Nr.	Voraussetzungen	Nachweise	Erklärung	Kopie	Foto	Erledigt
9.3.1.a	Gültig für alle Versorgungsbereiche Mietvertrag oder Grundbuchauszug Grundrisskizze oder Raumskizze	<input type="checkbox"/> Kopie Mietvertrag / Pachtvertrag* oder Grundbuchauszug <input type="checkbox"/> Grundrisskizze / Raumskizze*		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3.1.b	Gültig für Versorgungsbereiche: 02 BR / 02 CR / 04 AR / 05 CR / 06 AR / 07 BR / 07 CR / 10 BR / 11 AR / 11 BR / 12 AR / 14 BR / 14 CR / 14 ER / 16 AR / 17 CR / 17 DR / 17 ER / 18 AR / 19 AR / 20 DR / 21 AR / 22 BR / 24CR / 24 DR / 24 ER / 24 FR / 24 GR / 25 BR / 25 FR / 26 B3R / 28 AR / 32 AR / 99AR / 99 BR Verkaufs- und Empfangsbereich	<input type="checkbox"/> Fotodokumentation*			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3.2	Gültig für Versorgungsbereiche: 05 CR / 14 BR / 14 CR / 17 CR / 17 ER / 19 AR / 20 DR Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Liege	<input type="checkbox"/> Fotodokumentation*			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3.3	Gültig für Versorgungsbereiche: 02 BR / 02 CR / 06 AR / 11 AR / 11 BR / 12 AR / 14 ER / 16 AR / 16 BR / 17 DR / 18 AR / 21 AR / 22 BR / 24 CR / 24 DR / 24 ER / 24 FR / 24 GR / 25 BR / 26 B3R / 27 AR / 32 AR / 99 AR / 99 BR Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich mit Sitzmöglichkeit	<input type="checkbox"/> Fotodokumentation*			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3.4	Gültig für Versorgungsbereiche: 10 BR / 18 AR / 19 AR / 24 CR / 24 DR / 24 ER / 24 FR / 24 GR / 25 FR / 26 B3R / 28 AR Werkstattraum, Arbeitsplatz für Anpassung und Zurüstung von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/> Fotodokumentation*			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3.5	Gültig für alle Versorgungsbereiche: 02 BR / 02 CR / 04 AR / 05 CR / 06 AR / 07 BR / 07 CR / 10 BR / 11 AR / 11 BR / 12 AR / 14 AR / 14 BR / 14 ER / 14 FR / 14 GR / 16 AR / 17 CR / 17 DR / 17 ER / 18 AR / 19 AR / 20 DR / 21 AR / 22 BR / 24 CR / 24 DR / 24 ER / 24 FR / 24 GR / 25 BR / 25 FR / 26 B3R / 27 AR / 28 AR / 32 AR / 32 BR / 99 AR / 99 BR / 99 HR Lagermöglichkeiten unter Umgebungsbedingungen gemäß den Empfehlungen des Herstellers	<input type="checkbox"/> Fotodokumentation*			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* sofern noch nicht im Hauptantrag beigelegt

Nr.	Voraussetzungen	Nachweise	Erklärung	Kopie	Foto	Erledigt
9.3.6	<p>Gültig für Versorgungsbereiche: 02 BR / 02 CR / 04 AR / 06 AR / 07 BR / 07 CR / 10 BR / 11 AR / 11 BR / 14 AR / 14 ER / 14 FR / 14 GR / 16 BR / 16 AR / 17 ER / 18 AR / 19 AR / 20 DR / 21 AR / 22 BR / 25 FR / 26 B3R / 28 AR / 32 AR / 32 BR</p> <p>Für wiedereinsetzbare Produkte: Trennung der Lagerfläche für noch nicht hygienisch aufbereitete und entsprechend aufbereitete Produkte (<u>unreine</u> / <u>reine</u> Seite)</p>	<input type="checkbox"/> Fotodokumentation* <u>unreine</u> Seite <input type="checkbox"/> Fotodokumentation* <u>reine</u> Seite			<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3.7	<p>Gültig für Versorgungsbereiche: 05 CR / 10 BR / 11 BR / 18 AR / 19 AR / 22 BR / 26 B3R / 28 AR / 32 AR</p> <p>Nur bei Bezug neuer Räumlichkeiten: Behindertengerechter Zugang*</p> <p>*siehe Kurzerläuterung zur Bearbeitung des Antrags auf Präqualifizierung für Apotheken</p>	<input type="checkbox"/> Fotodokumentation*			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3.8	<p>Gültig für Versorgungsbereiche: 05 CR / 10 BR / 11 BR / 18 AR / 19 AR / 22 BR / 26 B3R / 28 AR / 32 AR</p> <p>Nur bei Bezug neuer Räumlichkeiten: Behindertengerechte Toilette* gem. DIN 18040-2</p> <p>* siehe Kurzerläuterung zur Bearbeitung des Antrags auf Präqualifizierung für Apotheken</p>	<input type="checkbox"/> Fotodokumentation* <input type="checkbox"/> Nutzungsvereinbarung für eine barrierefreie öffentliche Toilette (bei Center-Apotheken üblich) oder <input type="checkbox"/> Bescheinigung eines geeigneten (Bau-) Sachverständigen <input type="checkbox"/> Bei vorhandener Toilette sind die Mindestanforderungen zu erfüllen. (Fotodokumentation)		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

9.4 Sachliche Voraussetzungen

Nr.	Voraussetzungen (Inventarliste)	Nachweise	Erklärung	Kopie	Foto	Erledigt
9.4.1	<p>Gültig für Versorgungsbereiche: 10 BR / 19 AR / 22 BR / 26 B3R / 28 AR (stationäres oder mobiles System erforderlich)</p> <p>Bohrmaschine</p>	<input type="checkbox"/> Foto der Bohrmaschine Typbezeichnung: _____ Seriennummer: _____			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4.2	<p>Gültig für Versorgungsbereiche: 05 CR / 06 AR / 12 AR / 14 BR / 14 CR / 17 CR / 17 DR / 24 CR / 24 DR / 24 ER / 24 FR / 24 GR / 27 AR</p> <p>Geeigneter Spiegel (siehe Kurzerläuterung)</p>	<input type="checkbox"/> Foto des Spiegels*			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4.3	<p>Gültig für Versorgungsbereiche: 10 BR / 19 AR / 22 BR / 24 ER / 24 FR / 24 GR / 28 AR (stationäres oder mobiles System erforderlich)</p> <p>Schleifmaschine</p>	<input type="checkbox"/> Foto der Schleifmaschine Typbezeichnung: _____ Seriennummer: _____			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* sofern noch nicht im Hauptantrag beigelegt

9.4 Sachliche Voraussetzungen

Nr.	Voraussetzungen (Inventarliste)	Nachweise	Erklärung	Kopie	Foto	Erledigt
9.4.4	Gültig für Versorgungsbereiche: 04 AR / 10 BR / 11 BR / 17 ER / 18 AR / 19 AR / 22 BR / 24 ER / 24 FR / 24 GR / 26 B3R / 28 AR / 32 AR / 32 BR Werkbank mit Werkzeugausstattung	<input type="checkbox"/> Foto der Werkbank mit Ausstattung*			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4.5	Gültig für Versorgungsbereich: 24 CR / Zuschneide- und Arbeitstisch	<input type="checkbox"/> Foto des Zuschneide- und Arbeitstisch			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4.6	Gültig für Versorgungsbereich: 24 CR / 26 B3R Tischnähmaschine	<input type="checkbox"/> Foto der Tischnähmaschine Typbezeichnung: _____ Seriennummer: _____			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* sofern noch nicht im Hauptantrag beigelegt

9.5 Bisherige Zulassungen

**Erläuterungen
und
Bearbeitungs-
empfehlungen**

Für den Antrag auf Bestandschutz sind eine bzw. mehrere Zulassungen / Bestätigungen beizufügen.
Ersatzweise kann auch eine Erklärung angekreuzt werden.

Nr.	Zulassung	Nachweise	Erklärung	Kopie	Foto	Erledigt
9.5.1	Gültig für Versorgungsbereiche aus dem Bestandsschutz: Ich habe bislang eine Zulassung für die Versorgung mit Hilfsmitteln mit einer Krankenkasse gehabt.	<input type="checkbox"/> Kopie der Zulassung <input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich, dass ich über mindestens 5 Jahre Patienten mit Hilfsmitteln der früheren Gruppe 2 versorgt habe	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9.5.2	Gültig für Versorgungsbereiche aus dem Bestandsschutz: Ich habe bislang Zulassungen für die Versorgung mit Hilfsmitteln mit mehreren Krankenkassen gehabt.	<input type="checkbox"/> Kopien der Zulassungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

10. Unterschrift nur für den Antrag für weitere fachliche Leiter oder Bestandsschutz

Wichtiger Hinweis: Mit dieser Unterschrift wird auch die im Antrag auf Seite 18 bereits vorangekreuzte Eigenerklärung (Punkt 9.1.5) ausdrücklich bestätigt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Betriebsinhaber/Kontoinhaber

(Bitte Unterschrift auf Seite 22 nicht vergessen, falls die Seiten 12 bis 22 ausgefüllt wurden!)