

## Präqualifizierungsantrag Ergotherapeut(in)

An  
VQZ Bonn GmbH - Präqualifizierungsstelle  
Schwertberger Str. 14 - 16

FAX: 0228 53 88 40 19  
E-Mail: kilders@vqz-bonn.de

**53177 Bonn-Bad Godesberg**

<input type="checkbox"/>	<b>1a. Folgepräqualifizierungsantrag</b>
<input type="checkbox"/>	<b>1b. Erstpräqualifizierungsantrag für</b>
<input type="checkbox"/>	eine neue Betriebsstätte
<input type="checkbox"/>	eine bestehende Betriebsstätte
<input type="checkbox"/>	<b>2. Änderungsantrag aufgrund</b>
<input type="checkbox"/>	der Verlegung einer Betriebsstätte
<input type="checkbox"/>	einer Änderung im Versorgungsumfang
<input type="checkbox"/>	des Wechsels der fachlichen Leitung
<input type="checkbox"/>	Rechtsformänderung / Umfirmierung / Inhaberwechsel
<input type="checkbox"/>	einer sonstigen Änderung:
<b>3. Anschrift der Betriebsstätte, für die die Präqualifizierung beantragt wird:</b>	
Name/Firmierung	
Rechtsform	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Telefon	
Telefax	
E-Mail	
Institutionskennzeichen	IK
Betriebsinhaber(in)	
<b>4. Betrieb ist bereits präqualifiziert:</b>	
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja (wenn ja, bitte die letztgültige Präqualifizierungsbestätigung vorlegen)

<b>5. Angaben zum Hauptbetrieb, sofern vorhanden:</b>	
Name/Firmierung	
Rechtsform	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Telefon	
Telefax <sup>1</sup>	
E-Mail <sup>1</sup>	
Institutionskennzeichen	IK
Betriebsinhaber(in)	
<b>6. Rechnungsanschrift, falls abweichend:</b>	
Firma	
Ggf. Name/Abteilung	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
<b>7. Angaben zur fachlichen Leitung:</b>	
Name fachl. Leiter(in)	
Geburtsdatum	
Fachliche Qualifikation	<input type="checkbox"/> Ergotherapeut(in)
	<input type="checkbox"/> <i>Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung ist beigelegt</i>
	oder
	<input type="checkbox"/> Gleichwertige Qualifikation ( <i>bitte hier genau bezeichnen</i> )
	<input type="checkbox"/> <i>Berufsurkunde(n) über die abgeschlossene(n) Ausbildung(en), Befähigungsnachweise, Zeugnisse oder Tätigkeitsnachweise, Zertifikate und ggf. weitere Beschreibungen bzw. Nachweise mit Darlegung der Ausbildungsinhalte und der Gleichwertigkeit sind beigelegt</i>

<sup>1</sup> Sind hier Kontaktdaten eingetragen, werden wir den Schriftwechsel und die Präqualifizierungsbestätigung an diese Adressen senden!

## 8. In der Betriebsstätte für die die Präqualifizierung beantragt wird, sollen folgende Hilfsmittel abgegeben werden:

Versorgungsbereich		Beschreibung
PG 02	<input type="checkbox"/>	02 A Anziehhilfen, Ess- und Trinkhilfen, Rutschfeste Unterlagen, Greifhilfen, Halterungen, Umblät- tergeräte manuell / Blattwender, Schreibhilfen, Mundstab, Leseständer
PG 04	<input type="checkbox"/>	04 B Badewannensitze, Duschhilfen, Badewanneneinsätze, Sicherheitsgriffe, Aufrichtehilfen
PG 05	<input type="checkbox"/>	05 A5 Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen bis einschließlich Knie)
	<input type="checkbox"/>	05 B5 Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)
PG 07	<input type="checkbox"/>	07 A Blindenlangstöcke
PG 10	<input type="checkbox"/>	10 A Gehgestelle, Fahrbare Gehhilfen, Hand- und Gehstöcke, Unterarmgehstützen, Achselstützen
	<input type="checkbox"/>	10 B Gehwagen, Gehübungsgeräte, Sonstige Gehhilfen
PG 18	<input type="checkbox"/>	18 A Kranken-/Behindertenfahrzeuge, Rollstühle mit Sitzkantelung, Pflegerollstühle
	<input type="checkbox"/>	18 B Toilettenrollstühle, Duschrollstühle
PG 19	<input type="checkbox"/>	19 B8 Krankenpflegeartikel, Produkte zur Hygiene im Bett, Waschsysteme, N.N. (Extremitätensprei- zer), Lagerungsrollen, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, sonstige Pflegehilfsmittel
PG 20	<input type="checkbox"/>	20 E Sitzringe
PG 23	<input type="checkbox"/>	23 A3 Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie)
PG 28	<input type="checkbox"/>	28 A Stehhilfen
PG 32	<input type="checkbox"/>	32 A Therapeutische Bewegungsgeräte
	<input type="checkbox"/>	32 B CPM-Motorbewegungsschienen
PG 33	<input type="checkbox"/>	33 A Toilettenhilfen
PG 99	<input type="checkbox"/>	99 I8 N.N.(Läuse- und Nissenkämme)

## 9. Allgemeine Voraussetzungen

Voraussetzung	Erklärungen/Nachweise	Bestätigt/Nachweise beigefügt	
		Ja	Nein
Die berufsrechtlichen Voraussetzungen wer- den erfüllt	<i>Kopie der Gewerbeanmeldung, sofern es sich um einen Gewerbebetrieb handelt <u>oder</u> des Handelsregistersauszugs <u>oder</u> der Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes (Hand- werksrolle oder Industrie- und Handelskam- mer, Approbation u. ä.) <u>oder</u> Eigenerklärung bei Gewerbebetreibenden, die nicht zum Ein- trag verpflichtet sind <u>oder</u> Erklärung der Zu- gehörigkeit zu freien Berufen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist sichergestellt, dass die fachliche Lei- tung während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist (1)	Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, dass die fachli- che Leitung grundsätzlich im Rahmen der üblichen Betriebszeit zur Verfügung steht und nicht einer berufsrechtlichen Anwesenheits- pflicht in einem anderen Betrieb unterliegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es besteht eine Betriebshaftpflichtversiche- rung, die Personen-, Sach- und Vermögens- schäden abdeckt (2)	<i>Kopie einer aktuellen Versicherungsbestäti- gung, die ausdrücklich Personen-, Sach- und Vermögensschäden auflistet, den Risikoort nennt und nicht älter als zwölf Monate ist.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voraussetzung	Erklärungen/Nachweise	Bestätigt/Nachweise beigefügt	
		Ja	Nein
Es besteht Insolvenzfreiheit	Ich/Wir erkläre/n, dass über das Firmenvermögen kein Insolvenzverfahren oder vergleichbares Verfahren eröffnet oder die Eröffnung beantragt oder mangels Masse abgelehnt worden ist und sich die Firma nicht in Liquidation befindet. (Als ausländischer Anbieter erkläre/n ich/wir, dass sich die Firma nicht in Verhältnissen, die nach den Rechtsvorschriften des Herkunftslandes mit den genannten Verfahren vergleichbar sind, befindet.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steuern und Sozialversicherungsbeiträge werden fristgerecht abgeführt	Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir meiner/unserer gesetzlichen Verpflichtungen zur Zahlung der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge nachgekommen bin/sind oder nachkomme/n.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die gewerberechtlichen Voraussetzungen werden erfüllt	<i>Bei Gewerbebetreibenden aktueller Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 GewO (zum Zeitpunkt der Antragstellung i.d.R. nicht älter als drei Monate).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einhaltung des Datenschutzes wird gewährleistet	Ich/Wir verpflichte/n mich/uns zur Einhaltung der Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Geschützte personenbezogene Daten werde/n ich/wir nicht zu einem anderen als dem zur jeweiligen rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck verarbeiten, bekannt geben, zugänglich machen oder sonst nutzen. Die Pflicht zur Wahrung des Datengeheimnisses besteht auch nach Beendigung der Tätigkeit fort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Voraussetzungen nach § 128 SGB V werden eingehalten	Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir die Regelungen des § 128 SGB V beachte/n. Ich/Wir unterhalte/n keine Hilfsmitteldepots bei Vertragsärzten, in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen und beteilige/n Ärzte nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln und gewähre/n keine Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. Organisatorische Voraussetzungen

Versorgungsbereiche	Voraussetzungen	Erklärungen/Nachweise	Bestätigt/Nachweise beigefügt	
			Ja	Nein
Alle	Die zeitnahe Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör sowie von Ersatzteilen wird sichergestellt	<p>Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, die Versorgung mit verordneten Hilfsmitteln und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen zeitnah sicherzustellen.</p> <p><i>Die Kurzbeschreibung meiner/unserer getroffenen Maßnahmen bzw. ein Zertifikat nach ISO 13485 ist diesem Antrag beigefügt</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Versorgungsbereiche	Voraussetzungen	Erklärungen/Nachweise	Bestätigt/Nachweise beigefügt	
			Ja	Nein
02 A, 04 B, 10 A, 10 B, 18 A, 18 B, 20 E, 22 B, 28 A, 32 A, 32 B, 33 A	Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen (2)	Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, sicherzustellen, dass Instandhaltungen und Reparaturen sach- und fachgerecht durchgeführt werden. <i>Die Kurzbeschreibung meiner/unserer getroffenen Maßnahmen bzw. ein Zertifikat nach ISO 13485 ist diesem Antrag beigefügt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 B, 10 A, 10 B, 18 A, 18 B, 22 B, 28 A, 32 A, 32 B, 33 A	Für wieder einsetzbare Produkte: Sicherstellung, dass bei der Aufbereitung von wiedereinsetzbaren Hilfsmitteln die medizinproduktrechtlichen Anforderungen, hier insbesondere die Medizinprodukte-Betreiberverordnung sowie die KRINKO-BfArM-Empfehlungen in den jeweils gültigen Fassungen beachtet werden (2)	Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, bei der Aufbereitung von wiedereinsetzbaren Hilfsmitteln die Beachtung der medizinproduktrechtlichen Anforderungen sicherzustellen. <i>Die Kurzbeschreibung meiner/unserer getroffenen Maßnahmen bzw. ein Zertifikat nach ISO 13485 ist diesem Antrag beigefügt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle außer 22 B und 32 B	Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (konfektionierte Produkte)	Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, bei konfektionierten Hilfsmitteln permanent eine ausreichend große Produktpalette gängiger Produkte zur Auswahl vorzuhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Räumliche Voraussetzungen				
Versorgungsbereiche	Voraussetzungen	Nachweise	Nachweise beigefügt	
			Ja	Nein
Alle außer 32 B	Verkaufs-/Empfangsbereich	<i>Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszug in einfacher Kopie und Grundrisskizze/Raumskizze (aus der auch die Trennung der gewerbliche Räume von den Praxisräumen hervorgeht) und Fotodokumentation zu jedem der hier relevanten Punkte</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 B, 20 E, 28 A	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Liege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 B, 18 A, 18 B, 19 B, 22 B, 32 A	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 A, 05 B, 10 A, 10 B, 18 A, 18 B, 20 E, 22 B, 28 A, 32 A	Behindertengerechter Zugang*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 A, 05 B, 10 A, 10 B, 18 A, 18 B, 20 E, 22 B, 28 A, 32 A	Behindertengerechte Toilette*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 B, 18 A, 18 B, 32 A	Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle außer 32 B	Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 B, 10 A, 10 B, 18 A, 18 B, 22 B, 28 A, 32 A, 32 B, 33 A	Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte (2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Nur bei Bezug von neuen oder anderen Räumlichkeiten, Inhaberwechsel (Erstbezug aus Sicht des Inhabers) oder maßgebliche Änderungen der räumlichen Verhältnisse (Erweiterungen, bauliche Maßnahmen u. ä.) nach dem 31.12.2009 (für alle Betriebsstätten, die nach dem 01.06.2015 erstmalig präqualifiziert werden, gilt ein Bezug nach dem 31. Dezember 2010).

<p><b>Besonderheit:</b> Versorgungen der folgenden Versorgungsbereiche können auch im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten stattfinden:</p> <p>02 A, 19 B</p> <p>Anstelle des Verkaufs-/Empfangsbereichs sowie des akustisch und optisch abgegrenzten Bereichs/Raums zur Beratung und Anpassung (für die oben genannten Versorgungsbereiche) sind dann folgende Anforderungen nebeneinander zu erfüllen:</p>			
Voraussetzungen	Erklärungen/Nachweise	Bestätigt/Nachweise beigefügt	
		Ja	Nein
Sicherstellung der zeitnahen Versorgung vor Ort, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten	<i>Beschreibung der Maßnahmen für eine sachgerechte Lieferung, ggf. Installation, Inbetriebnahme bzw. Anpassung der Hilfsmittel vor Ort, insbesondere der organisatorischen Rahmenbedingungen des Außendienstes inkl. Organisationsdiagramm (bezogen auf die Leistungserbringung: Mitarbeiter des Unternehmens oder externe Mitarbeiter), Eigenerklärung über ausreichenden Fuhrpark oder andere geeignete Möglichkeit der Mobilität, Angaben zur Erreichbarkeit des fachlichen Leiters/der verantwortlichen Person.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportables, ausreichendes Produktsortiment für die Auswahl des geeigneten und wirtschaftlichen Produktes im Rahmen der Vor- Ort-Versorgung, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten	Ich/Wir erkläre(n), dass ich/wir für Vor-Ort-Versorgungen permanent eine ausreichend große Produktpalette gängiger Produkte zur Auswahl vorhalte(n). <i>Die Kurzbeschreibung meiner/unserer getroffenen Maßnahmen ist diesem Antrag beigefügt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung der Beratung und Einweisung im allgemeinen Lebensbereich der Versicherten	Ich/Wir erkläre(n), dass der Versicherte durch qualifiziertes Personal sachgerecht beraten und in die Anwendung des Hilfsmittels eingewiesen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<h2>12. Inventar</h2>			
<p><b>Inventar</b> bitte mit entsprechender Fotodokumentation für jede Gerätschaft (Werkbank- und Arbeitsplatzausstattungen sind aufzulisten und Bestandteil der Fotodokumentation)</p>		<p><b>In der Betriebsstätte vorhanden</b></p>	
		Ja	Nein
Für 10 B, 18 A, 18 B, 22 B, 28 A: Schleifmaschine (stationäres oder mobiles System)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ:	Seriennr.:	Fotobezeichnung/-dateiname:	
Für 10 B, 18 A, 18 B, 22 B, 28 A, 33 A: Bohrmaschine (stationäres oder mobiles System)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ:	Seriennr.:	Fotobezeichnung/-dateiname:	
Für 10 B, 18 A, 18 B, 22 B, 28 A, 32 A, 32 B, 33 A: Werkbank mit Werkzeugausstattung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstattungsbeschreibung:			
Für 05 A, 05 B: Geeignete(r) Spiegel zur Hilfsmittelanpassung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 13. Erklärung der Präqualifizierungsstelle

Personenbezogene Daten verwenden wir nur zur Beantwortung Ihrer Anfragen und zur Abwicklung mit Ihnen geschlossener Verträge. Ihre Daten werden an Dritte nur weitergegeben oder übermittelt, wenn dies zum Zwecke der Vertragsabwicklung (zum Beispiel im Rahmen von Begehungen) erforderlich ist. Ihre Daten werden nicht zu Werbezwecken an Dritte weitergegeben. Erteilte Einwilligungen können Sie jederzeit widerrufen.

## 14. Erklärung des Antragstellers / der fachlichen Leitung

Ich/wir möchte(n) auch nach Abschluss des beantragten Verfahrens Informationen zum Thema Präqualifizierung erhalten und bin/sind mit einer den Datenschutzbestimmungen entsprechenden Nutzung und Speicherung der Daten einverstanden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich/wir erkläre(n), dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und wahrheitsgemäß erfolgt sind. Über alle relevanten Änderungen nach § 2 Abs. 8 des Vertrages zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene vom 29.03.2010 werde(n) ich/wir die Präqualifizierungsstelle unverzüglich schriftlich informieren. Mir/Uns ist bekannt, dass falsche Angaben nach § 2 Abs. 11 des Vertrages zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene vom 29.03.2010 zur Einschränkung, Aussetzung oder Rücknahme der Präqualifizierung führen können.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich/wir erkläre(n) ausdrücklich, dass wir auf der Internetseite der Präqualifizierungsstelle des VQZ Bonn ( <a href="http://www.vqz-bonn.de">www.vqz-bonn.de</a> ) die Dokumente „Präqualifizierungsbedingungen“, „Präqualifizierungsgebühren“ und „Reisekostenordnung“ eingesehen habe(n) und in der jeweils aktuellen Version für diesen Antrag anerkenne(n).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller(in), Inhaber(in), Vertreter der Firma

Unterschrift fachliche Leitung (bitte ggf. doppelt unterschreiben)

Hinweise:

- (1) Der fachliche Leiter muss grundsätzlich im Rahmen der üblichen Betriebszeiten zur Verfügung stehen. Werden mehrere fachliche Leiter für einen Versorgungsbereich (auf weiteren Anträgen) benannt, kann die fachliche Leitung auch durch Teilzeitkräfte ausgeübt werden. Es muss dann aber durch die Gesamtarbeitszeit und deren Verteilung sichergestellt sein, dass die fachlichen Leiter während der gesamten Betriebszeiten anwesend bzw. erreichbar sind.

Grundsätzlich können freiberuflich Tätige als fachliche Leitung für eine oder mehrere Betriebsstätten benannt werden. Allerdings muss hier der Vertrag zwischen dem Unternehmen und des freiberuflich Tätigen eine Regelung zur Einhaltung der Anforderungen an die fachliche Leitung gemäß der Empfehlungen nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V enthalten. Weiterhin müssen Regelungen zur Organisationsstruktur schriftlich definiert worden sein. Grundsätzlich sind berufsrechtliche Vorgaben zu beachten.

Ist berufsrechtlich eine Anwesenheitspflicht in einem anderen Betrieb vorgeschrieben, kann der fachliche Leiter nicht gleichzeitig für diese Betriebsstätte fachlicher Leiter sein, es sei denn, die zuständige Behörde genehmigt dies bzw. bestätigt die Unbedenklichkeit.

- (2) Details können versorgungs-/auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden.