

Präqualifizierungsantrag

Medizinische(r) Fachangestellte(r), Arzthelfer(in)

Bitte senden Sie den Antrag an:

**E-Mail: antrag@vqz-bonn.de
oder FAX: 0228 53 88 40 19**

| | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Präqualifizierung | <input type="checkbox"/> | Vorgezogene Präqualifizierung für Verfahren _____ |
| <input type="checkbox"/> | Änderung für Verfahren _____ aufgrund | | |
| <input type="checkbox"/> | maßgeblicher Änderungen der räumlichen Verhältnisse | | |
| <input type="checkbox"/> | einer Änderung im Versorgungsumfang | | |
| <input type="checkbox"/> | Verlegung der Betriebsstätte | | |
| <input type="checkbox"/> | des Wechsels der fachlichen Leitung | | |
| <input type="checkbox"/> | Rechtsformänderung / Umfirmierung / Inhaberwechsel | | |
| <input type="checkbox"/> | einer sonstigen Änderung: | | |

1. Anschrift der Betriebsstätte, für die der Antrag gilt:

| | |
|-------------------------|----|
| Name/Firmierung | |
| Rechtsform | |
| Straße Nr. | |
| PLZ Ort | |
| Telefon | |
| E-Mail | |
| Institutionskennzeichen | IK |
| Betriebsinhaber(in) | |

2. Angaben zum Hauptbetrieb, sofern vorhanden:

| | |
|-------------------------|----|
| Name/Firmierung | |
| Rechtsform | |
| Straße Nr. | |
| PLZ Ort | |
| Telefon | |
| E-Mail | |
| Institutionskennzeichen | IK |
| Betriebsinhaber(in) | |

| | | |
|--|--------------------------|--|
| 3. Rechnungsanschrift, falls abweichend: | | |
| Firma | | |
| Ggf. Name/Abteilung | | |
| Straße Nr. | | |
| PLZ Ort | | |
| 4. Angaben zur fachlichen Leitung: | | |
| Name fachl. Leiter(in) | | |
| Fachliche Qualifikation | <input type="checkbox"/> | Medizinische(r) Fachangestellte(r), Arzthelfer(in) |
| | oder | |
| | <input type="checkbox"/> | Gleichwertige Qualifikation |
| 5. Angaben zu den Vertriebswegen: | | |
| Wir beabsichtigen die Hilfsmittel über folgende Vertriebswege abzugeben: | <input type="checkbox"/> | aus unseren Räumlichkeiten |
| | und/oder | |
| | <input type="checkbox"/> | mobil, im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten |
| 6. Ist die Betriebsstätte ein Neubetrieb? | | |
| <p>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). (Achtung: Gewerbeanmeldungen, Mietverträge etc. müssen Ihre Angabe plausibel unterstützen.)</p> | | |
| | <input type="checkbox"/> | ja |
| | <input type="checkbox"/> | nein |
| 7. Erklärungen der Präqualifizierungsstelle | | |
| <p>Ein Zertifizierungsvertrag kommt zustande, wenn der Antragsteller diesen Antrag einreicht <u>und</u> der VQZ Bonn ihm eine Antragsbestätigung zustellt. Mit dem Zertifizierungsvertrag wird die Bearbeitung des Antrags, nicht ein bestimmtes Ergebnis, geschuldet. Für die Antragsbearbeitung und das anschließende Präqualifizierungsverfahren sind die Präqualifizierungsbedingungen „010 - Bedingungen PQ“ und die Präqualifizierungsgebühren „032 - Gebührenordnung PQ“ in der jeweils aktuellen Form bindend. Änderungen daran sind auch in laufenden Verfahren mit Veröffentlichung einer neuen Version der Dokumente auf der Internetseite des VQZ Bonn oder durch Zustellung in den Schriftwechseln zwischen Antragsteller bzw. Kunde und Präqualifizierungsstelle auch ohne eine gesonderte Annahmeerklärung bindend. Alle Angaben und Informationen dieses Antrags werden vertraulich behandelt.</p> <p>Bitte richten Sie sich darauf ein, dass der Schriftwechsel mit uns in der Regel per E-Mail erfolgt.</p> | | |

8. Es sollen folgende Hilfsmittel abgegeben werden:

| Versorgungsbereich | | Beschreibung |
|--------------------|--------------------------|---|
| PG 01 | <input type="checkbox"/> | 01 A10 Milchpumpen |
| PG 02 | <input type="checkbox"/> | 02 D11 Armunterstützungssysteme |
| PG 03 | <input type="checkbox"/> | 03 A11 Spülsysteme, schwerkraft- und pumpenabhängig, Zubehör für Spülsysteme, Fixierhilfen für transnasale Ernährungs sonden |
| | <input type="checkbox"/> | 03 B11 Spritzen und Zubehör, Pens |
| PG 09 | <input type="checkbox"/> | 09 A Elektrostimulationsgeräte |
| PG 15 | <input type="checkbox"/> | 15 B Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität |
| PG 17 | <input type="checkbox"/> | 17 A11 Medizinische Kompressionsstrümpfe, Strumpfanziehhilfen für Kompressionsstrümpfe |
| | <input type="checkbox"/> | 17 B13 Medizinische Kompressionsversorgung außer Bein |
| PG 19 | <input type="checkbox"/> | 19 B11 Krankenpflegeartikel, Produkte zur Hygiene im Bett, Waschsysteme, Lagerungsrollen, Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Hausnotrufgeräte |
| PG 20 | <input type="checkbox"/> | 20 E Sitzringe |
| PG 21 | <input type="checkbox"/> | 21 B10 Messgeräte zur Lungenfunktionsmessung, Blutdruckmessgeräte, Blutgerinnungsmessgeräte / Blutzuckermessgeräte, Real-Time-Messgeräte (rtCGM), Personenwaagen, Sprachausgaben zu Messgeräten |
| PG 23 | <input type="checkbox"/> | 23 A3 Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (bis einschließlich Knie) |
| PG 29 | <input type="checkbox"/> | 29 A Stomaartikel, konfektionierte Stomabandagen |
| PG 33 | <input type="checkbox"/> | 33 A Toilettenhilfen |
| PG 99 | <input type="checkbox"/> | 99 C Erektionsringe |
| | <input type="checkbox"/> | 99 D Vakuum-Erektionssysteme |
| | <input type="checkbox"/> | 99 E Vaginaltrainer |

9. Erklärungen des Antragstellers

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Ich/wir erkläre(n), dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und wahrheitsgemäß erfolgt sind. Mir/uns ist bekannt, dass falsche, verspätete oder unvollständige gemachte Angaben zur Versagung und, werden diese erst nach einer Präqualifizierung bekannt, auch zur Einschränkung, Aussetzung, Zurückziehung oder Beendigung der Präqualifizierung führen können. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich/wir erkläre(n) ausdrücklich, dass wir die Dokumente „010 - Bedingungen PQ“ und „032 - Gebührenordnung PQ“ erhalten oder auf der Internetseite der Präqualifizierungsstelle des VQZ Bonn (www.vqz-bonn.de) eingesehen habe(n) und in der jeweils aktuellen Version für diesen Antrag und das Präqualifizierungsverfahren anerkenne(n). | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ort, Datum

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

Firmenstempel

Wichtiger Hinweis!

Bitte stellen Sie zunächst den Antrag und warten unsere Antragsbestätigung ab. Mit der Antragsbestätigung erhalten Sie eine für den Antrag geltende Verfahrensnummer.

Senden Sie uns Nachweise bei Neuansträgen ausschließlich an die E-Mail-Adresse: nachweise@vqz-bonn.de mit deutlicher Angabe im Betreff der E-Mail der für diesen Antrag vergebenen Verfahrensnummer.