

## Präqualifizierungsnachweise

Friseur(in), Maskenbildner(in)

F

Bitte senden Sie diesen  
 Bogen und alle weiteren  
 Nachweise an:

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

Die Nachweise werden  
 gegeben zur

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

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

Angaben zur Fachlichen Leitung	
Name Fachl. Leiter(in) <sup>1</sup>	
Fachliche Qualifikation	<input type="checkbox"/> Friseur(in)
	<input type="checkbox"/> Berufsurkunde über die abgeschlossene Berufsausbildung
	<i>oder</i>
	<input type="checkbox"/> Gleichwertige Qualifikation
	<input type="checkbox"/> Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung; Beschreibung und geeigneter Nachweis über Ausbildungsinhalte und Gleichwertigkeit

<sup>1</sup> Falls es sich um eine freiberufliche Tätigkeit handelt, muss dies der Normec VQZ GmbH mitgeteilt werden.

<b>Allgemeine Voraussetzungen</b>		
<b>Voraussetzung</b>	<b>Erklärungen/Nachweise</b>	<b>bestätigt</b>
Die berufsrechtlichen Voraussetzungen werden erfüllt.	<i>Eine Kopie der Gewerbeanmeldung ist beigelegt. <u>oder:</u></i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Ein aktueller Handelsregisterauszug ist beigelegt. <u>oder:</u></i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Eine Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes (Handwerksrolle oder Industrie- und Handelskammer u. ä.) ist beigelegt. <u>oder:</u></i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Eine Eigenerklärung mit rechtsgültiger Unterschrift und aktuellem Datum bei Gewerbetreibenden, die nicht zum Eintrag verpflichtet sind <u>oder:</u> Eine Bestätigung der Zugehörigkeit zu freien Berufen durch das zuständige Finanzamt bzw. eine Kopie des Steuerbescheids (keine Gewerbesteuer) ist beigelegt</i>	<input type="checkbox"/>
Es ist sichergestellt, dass die fachliche Leitung während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist.	<i>Die untenstehende Erklärung wurde entsprechend ausgefüllt und von der fachlichen Leitung sowie einem Vertreter der Firma mit Angabe von Ort und Datum unterschrieben.</i>	<input type="checkbox"/>
Es besteht eine Betriebshaftpflichtversicherung, die Personen-, Sach- und Vermögensschäden abdeckt. Details können versorgungs-/auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden.	<i>Kopie einer aktuellen Versicherungsbestätigung, die ausdrücklich Personen-, Sach- und Vermögensschäden auflistet, das versicherte Risiko (Versicherungszweck) und den Risikoort nennt, sowie nicht älter als zwölf Monate ist.</i>	<input type="checkbox"/>
Die Betriebsstätte verfügt über ein oder mehrere Institutionskennzeichen (IK-Nummer), das/die im Vertragsgeschäft verwendet wird/werden.	<i>Aktueller Vergabebescheid der ARGE-IK, der die IK-Nummer sowie die Betriebsstätte nennt, für die die IK-Nummer beantragt wurde (nicht älter als 3 Monate)</i>	<input type="checkbox"/>

<b>Erklärung der Fachlichen Leitung</b>	
<b>Erklärung</b>	<b>bestätigt</b>
Hiermit erkläre ich, dass ich als Fachliche Leitung in der o.g. Betriebsstätte grundsätzlich im Rahmen der üblichen Betriebszeit zur Verfügung stehe und nicht einer berufsrechtlichen Anwesenheitspflicht in einem anderen Betrieb unterliege.	<input type="checkbox"/>
Ort	Datum
Unterschrift Fachliche Leitung	Unterschrift Vertreter(in) der Firma

Räumliche Voraussetzungen			
Versorgungsbereiche	Voraussetzung	Erklärungen/Nachweise	bestätigt
34A	Allgemeine räumliche Anforderungen	<i>Kopie des <b>Mietvertrages</b> oder <b>Grundbuchauszugs</b> (Der Mietvertrag muss vollständig eingereicht werden. Angaben und Inhalte, die für den Nachweis der Erfüllung der räumlichen Voraussetzungen nicht relevant sind, können geschwärzt werden.)</i>	<input type="checkbox"/>
		<i>Beschriftete <b>Grundrisskizze/Raumskizze</b>, welche die Zuordnung der Bildnachweise erlaubt.</i>	<input type="checkbox"/>
34A	Verkaufs-/Empfangsbereich	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation (nicht älter als 3 Monate), welche den Bereich zeigt, in dem der Versicherte die Hilfsmittel in Empfang nimmt.</i>	<input type="checkbox"/>
34A	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation (nicht älter als 3 Monate), welche den Raum von allen Seiten und auch den Tür- und Fensterbereich deutlich zeigt. Die <b>akustische und optische Abgrenzung</b> ist klar zu erkennen. Die Sitzgelegenheit muss standfest, kippsicher und angemessen hoch sein, d.h. Freischwinger, Stühle mit Rollen oder Barhocker sind nicht geeignet.</i>	<input type="checkbox"/>
34A	Lager- und/oder Transportmöglichkeit entsprechend den beantragten Versorgungsbereichen unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation (nicht älter als 3 Monate), welche zeigt, dass die relevanten Hilfsmittel den Herstellervorgaben entsprechend gelagert und/oder transportiert werden können.  Die Maßnahmenbeschreibung am Ende der Nachweisliste wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt.</i>	<input type="checkbox"/>

Inventar			
Versorgung mit Haareratz			
Versorgungsbereiche	Voraussetzungen	Erklärungen/Nachweise	bestätigt
34A	Höhenverstellbarer Friseurstuhl	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
34A	Höhenverstellbarer Boden- oder Tischständer für Postichköpfe	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
34A	Postichköpfe in vier verschiedenen Größen (extrem klein, klein, mittel, groß), Umfang zwischen <b>48 – 60 cm</b>	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation mit waagrecht angelegtem Maßband.</i>	<input type="checkbox"/>
34A	Zwei geeignete Spiegel	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
34A	Lockenstab <u>und</u> Glätteisen mit analoger oder digitaler Temperaturanzeige	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, sowie unten aufgeführte Typbezeichnung und Seriennummer. Alternativ können Typbezeichnung und Seriennummer auch deutlich sichtbar mitfotografiert werden.</i>	<input type="checkbox"/>
Typbezeichnung Lockenstab:		Seriennummer:	
Typbezeichnung Glätteisen:		Seriennummer:	
34A	Dampfgerät (3)	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, sowie unten aufgeführte Typbezeichnung und Seriennummer. Alternativ können Typbezeichnung und Seriennummer auch deutlich sichtbar mitfotografiert werden.</i>	<input type="checkbox"/>
Typbezeichnung Dampfgerät:		Seriennummer:	

Maßnahmenbeschreibung zu den Lager- und Transportbedingungen	
Folgende Maßnahmen wurden getroffen, um die Lagerung der Hilfsmittel nach Herstellervorgaben zu gewährleisten:	
<b>Versorgungsbereiche</b>	Falls relevant und zutreffend, bitte ankreuzen:
Alle	<input type="checkbox"/> staub- und UV-geschützte Lagerung <input type="checkbox"/> Lagerung in Originalverpackung <input type="checkbox"/> ggf. Einhaltung von Vorgaben zu Temperatur und Luftfeuchtigkeit
Ggf. zusätzliche und spezielle Herstelleranforderungen für diese VB:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Angaben Vertreter(in) der Firma	
Name Vertreter(in) der Firma	
<b>Erklärungen</b>	<b>bestätigt</b>
Hiermit erkläre(n) Ich/wir, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und wahrheitsgemäß erfolgt sind. Mir/uns ist bekannt, dass falsche, verspätete oder unvollständige gemachte Angaben zur Versagung und, werden diese erst nach einer Präqualifizierung bekannt, auch zur Einschränkung, Aussetzung, Zurückziehung oder Beendigung der Präqualifizierung führen können.	<input type="checkbox"/>
<i>Ort</i>	<i>Datum</i>
<i>Unterschrift Vertreter(in) der Firma</i>	
<i>Firmenstempel</i>	

## BITTE NICHT MIT EINREICHEN!

### Wichtige Hinweise

#### Rechtliches

Für die Antragsbearbeitung und das anschließende Präqualifizierungsverfahren sind die Dokumente 010 - Bedingungen PQ, 020 – Allgemeine Geschäftsbedingungen und 032 - Gebührenordnung PQ in der jeweils aktuellen Form bindend. Alle Angaben und Informationen dieses Antrags werden vertraulich behandelt.

Unsere Anforderungen entsprechen dem vom GKV-Spitzenverband bereitgestellten Kriterienkatalog und den gesetzlichen Regelungen die in § 126 *Versorgung durch Vertragspartner* des SGB V zur gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt sind.

#### Information

Wenn von aktuellen Foto- und Videonachweisen gesprochen wird, dürfen diese nicht älter als drei Monate sein.

Die Eigenerklärungen bzw. schriftlichen Selbstverpflichtungen sind von dafür legitimierten Personen zu unterschreiben. Dies können sein:

- Firmeninhaber(in)
- Geschäftsführer(in)
- Gesellschafter(in)
- Vorstände
- (Handlungs-)Bevollmächtigte
- Prokuristen/Prokuristinnen

Falls gefordert, muss zusätzlich die Fachliche Leitung unterschreiben.

Weitere Informationen zu den Nachweisen können den Dokumenten zu der Versorgung mit Hilfsmitteln entnommen werden, welche der GKV-Spitzenverband auf seiner Webseite zur Verfügung stellt: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

#### Kontakt

Bitte richten Sie sich darauf ein, dass der Schriftwechsel mit uns in der Regel **per E-Mail** erfolgt.

Für Rückfragen steht Ihnen das Präqualifizierungsteam der Normec VQZ GmbH auch unter folgender Nummer zur Verfügung:

Telefon: 49 228 53 88 40-0