

Präqualifizierungsnachweise

Rehabilitationslehrer(in) für Blinde und Sehbehinderte / Staatlich geprüfte Fachkraft der Blinden- und Sehbehindertenrehabilitation

RBS

Bitte senden Sie diesen
 Bogen und alle weiteren
 Nachweise an:

E-Mail pq-vqz@normecgroup.com

Die Nachweise werden gegeben zur

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

Verfahrensnummer: _____

Angaben zur Fachlichen Leitung	
Name Fachl. Leiter(in) ¹	
Fachliche Qualifikation	<input type="checkbox"/> Rehabilitationslehrer(in) für Blinde und Sehbehinderte / Staatlich geprüfte Fachkraft der Blinden- und Sehbehindertenrehabilitation
	<input type="checkbox"/> <i>Urkunde/Zertifikat über die abgeschlossene Ausbildung</i>
	<i>oder</i>
	<input type="checkbox"/> Gleichwertige Qualifikation
	<input type="checkbox"/> <i>Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung; Beschreibung und geeigneter Nachweis über Ausbildungsinhalte und Gleichwertigkeit</i>

Qualifikation für 29A	
Erforderliche Qualifikation für den Versorgungsbereich 29A	<input type="checkbox"/> <i>Nachweis der abgeschlossenen Weiterbildung für den Versorgungsbereich 29A „Stomahilfen“ (Anforderungen gemäß Anhang 2 der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß §126 Absatz 1 Satz 3 SGB V)</i>
	<i>oder</i>
	<input type="checkbox"/> <i>Weiterbildung „Fachpfleger/Fachpflegerin für Stoma-, Inkontinenz- und Wundversorgung nach den Richtlinien der ECET bzw. FgSKW</i>
	<i>oder</i>
	<input type="checkbox"/> <i>Pflegeexperte Stoma, Inkontinenz und Wunde der FgSKW</i>
	<i>oder</i>
<input type="checkbox"/> <i>Pflegeexperte Stoma, Kontinenz und Wunde der FgSKW</i>	

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

Allgemeine Voraussetzungen		
Voraussetzung	Erklärungen/Nachweise	bestätigt
Die berufsrechtlichen Voraussetzungen werden erfüllt.	<i>Eine Kopie der Gewerbeanmeldung ist beigelegt. <u>oder:</u></i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Ein aktueller Handelsregisterauszug ist beigelegt. <u>oder:</u></i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Eine Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes (Handwerksrolle oder Industrie- und Handelskammer u. ä.) ist beigelegt. <u>oder:</u></i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Eine 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"/>

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

Räumliche Voraussetzungen			
Versorgungsbereiche	Voraussetzung	Erklärungen/Nachweise	bestätigt
07A, 07B, 07D	Allgemeine räumliche Anforderungen	<i>Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszugs (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 Grundrisskizze/Raumskizze, welche die Zuordnung der Bildnachweise erlaubt.</i>	<input type="checkbox"/>
07A, 07B, 07D	Verkaufs-/Empfangsbereich (entfällt bei einer rein mobilen Versorgung)	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, welche den Bereich zeigt, in dem der Versicherte die Hilfsmittel in Empfang nimmt.</i>	<input type="checkbox"/>
07A, 07B	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit (entfällt bei einer rein mobilen Versorgung)	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, welche den Raum von allen Seiten und auch den Tür- und Fensterbereich deutlich zeigt. Die akustische und optische Abgrenzung 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"/>
07B	Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte (Details können versorgungs- / auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden.)	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, welche zeigt, dass gereinigte und nicht gereinigte Hilfsmittel räumlich getrennt gelagert werden und die Lagerstätten eindeutig gekennzeichnet/beschriftet sind.</i>	<input type="checkbox"/>
07A, 07B	Lager- und/oder Transportmöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, welche zeigt, dass die relevanten Hilfsmittel den Herstellervorgaben entsprechend gelagert und/oder transportiert werden können. Die Maßnahmenbeschreibung am Ende der Nachweisliste wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt.</i>	<input type="checkbox"/>

Inventar			
Schulung in Orientierung und Mobilität (Unterweisung Hilfsmittel Langstock und Blindenleitgeräte)			
Versorgungsbereiche	Voraussetzungen	Erklärungen/Nachweise	bestätigt
Stöcke für Menschen mit Sehbehinderung oder Blindheit			
07D	Langstöcke verschiedener Hersteller (faltbar, teleskopierbar, telefaltbar)	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
07D	Auswahl verschiedener Spitzen (verschiedene Größen und Gewicht)	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
07D	Stützstock als „Weißer Stock“ (längenverstellbar)	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
07D	Zugriff auf elektronische Blindenleitgeräte	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
Ausrüstung für das Speichern von Wegeinformationen			
07D	Geräte zur Erstellung von Punktschrift-Materialien	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, sowie unten aufgeführte Typbezeichnung und Seriennummer.</i>	<input type="checkbox"/>
Typbezeichnung:		Seriennummer:	
07D	Gerät zur Tonaufnahme (Audiogerät)	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, sowie unten aufgeführte Typbezeichnung und Seriennummer.</i>	<input type="checkbox"/>
Typbezeichnung:		Seriennummer:	
Ausrüstung zur optimalen Ausnutzung des Sehvermögens			
07D	Beispiel Exemplare verschiedener Lupen: optisch und elektronisch (auch als App auf dem Smartphone)	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
07D	Mobile Leuchten einschließlich Taschenlampen (verschiedene Lichtfarben, Lichtintensitäten flächige bzw. punktuelle Ausleuchtung)	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
Auswahl an verschiedenen Fernrohren			
07D	Monokular 4-fach	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, sowie unten aufgeführte Typbezeichnung und Seriennummer.</i>	<input type="checkbox"/>
Typbezeichnung:		Seriennummer:	
07D	Monokular 6-fach	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, sowie unten aufgeführte Typbezeichnung und Seriennummer.</i>	<input type="checkbox"/>

Typbezeichnung:		Seriennummer:	
07D	Monokular 8-fach	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, sowie unten aufgeführte Typbezeichnung und Seriennummer.</i>	<input type="checkbox"/>
Typbezeichnung:		Seriennummer:	
07D	Monokular 10-fach	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, sowie unten aufgeführte Typbezeichnung und Seriennummer.</i>	<input type="checkbox"/>
Typbezeichnung:		Seriennummer:	
07D	Extender/Doppler	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, sowie unten aufgeführte Typbezeichnung und Seriennummer.</i>	<input type="checkbox"/>
Typbezeichnung:		Seriennummer:	
07D	Lichtschutzbrillen als Serie mit und ohne Polarisation (Überzieher oder Clip-on mit leerem Brillengestell mit Oberkanten- und Seitenschutz)	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
Taktile Medien			
07D	Materialien zur Erstellung von taktilen Plänen und Darstellung von Umweltmustern	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>	<input type="checkbox"/>
07D	Smartphone bzw. Tablet mit verschiedenen Navigationsapps. Die Navigationsapps müssen unter den Screenreadern VoiceOver oder Talk-Back bedienbar sein	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, sowie unten beigefügte Auflistung der entsprechenden Apps.</i>	<input type="checkbox"/>

Bei Antrag auf zweiten, mobilen Vertriebsweg			
Versorgungsbereiche	Voraussetzungen	Erklärungen/Nachweise	bestätigt
07A, 07B, 07D	Sicherstellung der zeitnahen Versorgung vor Ort, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten (gilt nicht für Hausbesuchsregelungen) [Details können versorgungs- / auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden.]	<i>Ich/Wir verpflichte/n mich/uns die sachgerechte Lieferung, ggf. Installation, Inbetriebnahme bzw. Anpassung der Hilfsmittel vor Ort sicherzustellen.</i> <i>Die Maßnahmenbeschreibung am Ende der Nachweisliste wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt.</i>	<input type="checkbox"/>
		<i>Ich/Wir verpflichte/n mich/uns die organisatorischen Rahmenbedingungen für den Außendienstesatz zu gewährleisten. Ein Organisationsdiagramm (bezogen auf die Leistungserbringung: Mitarbeiter des Unternehmens oder externe Mitarbeiter) ist beigefügt.</i>	<input type="checkbox"/>
		<i>Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, einen ausreichenden Fuhrpark oder eine andere geeignete Möglichkeit der Mobilität zur Verfügung zu halten.</i>	<input type="checkbox"/>
		<i>Die untenstehende Erklärung wurde entsprechend ausgefüllt und von der fachlichen Leitung sowie einem Vertreter der Firma mit Angabe von Ort und Datum unterschrieben.</i>	<input type="checkbox"/>

Erklärung der Fachlichen Leitung zur mobilen Versorgung	
Erklärung	bestätigt
Hiermit erkläre ich, dass ich als Fachliche Leitung, während der Vorort Versorgung grundsätzlich im Rahmen der üblichen Betriebszeit telefonisch unter folgender Nummer für Rückfragen zur Verfügung stehe.	<input type="checkbox"/>
Telefonnummer:	
Ort	Datum
Unterschrift Fachliche Leitung	Unterschrift Vertreter(in) der Firma

Maßnahmenbeschreibung zu den Lager- und/oder Transportbedingungen	
Folgende Maßnahmen wurden getroffen, um die Lagerung der Hilfsmittel nach Herstellervorgaben zu gewährleisten:	
Versorgungsbereiche	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"/>

Maßnahmenbeschreibung zur Sicherstellung der mobilen Versorgung	
Folgende Maßnahmen wurden getroffen, um die sachgerechte Lieferung, ggf. Installation und Inbetriebnahme, bzw. Anpassung der Hilfsmittel vor Ort sicherzustellen:	
Versorgungsbereiche	Getroffene Maßnahmen (Wenn der Platz für die Beschreibung der Maßnahmen hier nicht ausreicht, bitte ein separates Dokument beifügen):
07A, 07B, 07D	

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

BITTE NICHT MIT EINREICHEN!

Wichtige Hinweise

Rechtliches

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

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

Information

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

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

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

Falls gefordert, muss zusätzlich die Fachliche Leitung unterschreiben.

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

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 folgenden Nummern zur Verfügung:

Telefon: 49 228 53 88 40-0