

Präqualifizierungsnachweise

Vollstationäre Pflegeeinrichtung VP

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"/> Gesundheits- und Krankenpfleger(in), Altenpfleger(in) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(in), Pflegefachfrau/-mann (frühere Bezeichnungen: Krankenschwester / Krankenpfleger sowie Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger)
	<input type="checkbox"/> <i>Berufsurkunde 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>	

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>Bestätigung des Finanzamts oder des Steuerberaters oder Kopie des Steuerbescheids zum Nachweis, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln keine gewerbliche Tätigkeit ist und somit nicht der Gewerbesteuer unterfällt.</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
15A	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"/>
15A	Verkaufs-/Empfangsbereich (entfällt bei einer rein mobilen Versorgung)	<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"/>
15A	Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit (entfällt bei einer rein mobilen Versorgung)	<i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation (nicht älter als 3 Monate), 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, um beispielsweise das An- und Ausziehen von Schuhen und Strümpfen zu ermöglichen. Das heißt, Freischwinger, Stühle mit Rollen oder Barhocker sind nicht geeignet.</i>	<input type="checkbox"/>
15A	Lager- und/oder Transportmöglichkeit entsprechend den beantragten Versorgungsbereichen unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	<i>Die Maßnahmenbeschreibung am Ende der Nachweisliste wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt. Weitere Fotonachweise sind nicht erforderlich.</i>	<input type="checkbox"/>

Bei Antrag auf zweiten, mobilen Vertriebsweg			
Versorgungsbereiche	Voraussetzungen	Erklärungen/Nachweise	bestätigt
15A	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:
15A	<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):
15A	

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 unter folgenden Nummern zur Verfügung:

Telefon: 49 228 53 88 40-0