

# Präqualifizierungsnachweise

**Kauffrau(mann) Einzelhandel**  
**FS**

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

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) <sup>1</sup>   |   |
| Fachliche Qualifikation   | <input type="checkbox"/> Fachverkäufer(in) Sanitätsfachhandel   |
|   | <input type="checkbox"/> <i>Berufsurkunde Fachverkäufer(in) Sanitätsfachhandel</i>  |
|   | <i>oder</i>   |
|   | <input type="checkbox"/> Kauffrau/-mann Einzelhandel mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel   |
|   | <input type="checkbox"/> <i>Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung und Nachweis einer mindestens dreijährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel ist/sind beigefügt.</i><br><br><i>Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebes/Fachhandels, in denen die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.</i> |
|   | <i>oder</i>   |
|   | <input type="checkbox"/> Fachberater(in) im Sanitätshaus (HWK) mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel   |
|   | <input type="checkbox"/> <i>Nachweis der erfolgreich bestandenen Prüfung als Fachberater(in) im Sanitätshaus (HWK) und über eine mindestens dreijährige einschlägige Berufspraxis</i><br><br><i>Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebes/Fachhandels, in denen die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.</i>    |
|   | <i>oder</i>   |
| <input type="checkbox"/> ohne einschlägige Berufsausbildung mit mindestens fünfjähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe |   |

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

|                          |  |  |
|--------------------------|--|--|
|                          | <input type="checkbox"/>   | <i>Berufsurkunde über eine abgeschlossene Berufsausbildung mit Nachweis über eine mindestens fünfjährige einschlägige Berufspraxis in der Hilfsmittelabgabe und -versorgung im betreffenden Versorgungsbereich (z.B. Fachhandel, Apotheke).<br/>Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebes/Fachhandels, in denen die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.</i> |
|                          | <i>oder</i>  |  |
|                          | <input type="checkbox"/>   | Meister der Orthopädietechnik oder Orthopädieschuhtechnik  |
|                          | <input type="checkbox"/>   | <i>Handwerksrolleneintrag bzw. Berufsurkunde über die Meisterqualifikation oder Ausnahmegewilligung gemäß § 8 HwO</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> |  |

| <b>Qualifikation für 29A (siehe dazu auch PQ Merkblatt 06 – Stomaweiterbildung)</b>  |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| Erforderliche Qualifikation der Fachlichen Leitung <sup>2</sup> für den Versorgungsbereich 29A   | <input type="checkbox"/> | <i>Abgeschlossene Ausbildung gemäß Orthopädieausbildungsverordnung oder Orthopädiemechaniker- und Bandagistenmeisterverordnung</i>   |
|  | <i>oder</i>              |  |
|  | <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>  |
| Erforderliche Qualifikation weiterer Mitarbeitenden <sup>3</sup> , die Versicherte mit Stomahilfsmitteln versorgen (Beratung, Abgabe, Anpassung) | <input type="checkbox"/> | <i>Abgeschlossene Ausbildung gemäß Orthopädieausbildungsverordnung oder Orthopädiemechaniker- und Bandagistenmeisterverordnung</i>   |
|  | <i>oder</i>              |  |
|  | <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> |

<sup>2</sup> Fachliche Leitungen, die ihre Tätigkeit nach dem 31.12.2023 aufgenommen haben, müssen diese Weiterbildung innerhalb von zwei Jahren ab Aufnahme der vertraglichen (Arbeits-)Tätigkeit absolvieren.

<sup>3</sup> Mitarbeitende im Bereich Stoma, die ihre Tätigkeit nach dem 31.12.2024 aufgenommen haben, müssen diese Weiterbildung innerhalb von zwei Jahren ab Aufnahme der vertraglichen (Arbeits-)Tätigkeit absolvieren.

|                    |                          |  |
|--------------------|--------------------------|--|
|                    | <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>  |
| <b>Organigramm</b> | <input type="checkbox"/> | <i>Aktuelles Organigramm, das zeigt, welche Mitarbeitenden die o.g. Anforderungen erfüllen.</i>                                      |

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

| <b>Organisatorische Voraussetzungen</b>                               |  |   |                          |
|---|--|---|--------------------------|
| <b>Versorgungsbereiche</b>  | <b>Voraussetzungen</b>   | <b>Erklärungen/Nachweise</b>  | <b>bestätigt</b>         |
| 01B, 01C, 01D   | Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer Erreichbarkeit von qualifiziertem Personal                                | <i>Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, einen med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Stunden telefonischer Erreichbarkeit vorzuhalten. Der telefonische Notdienst wird durch qualifiziertes und mit den Versorgungs betrautes Personal sichergestellt.</i>  | <input type="checkbox"/> |
| <i>Die Servicetelefonnummer des telefonischen Notdienstes lautet:</i> |  |   |                          |
| 01B, 01C, 01D   | Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer Erreichbarkeit und persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal | <i>Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, einen med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Stunden telefonischer Erreichbarkeit und persönlicher Verfügbarkeit vorzuhalten. Der telefonische und persönliche Notdienst wird durch qualifiziertes und mit den Versorgungs betrautes Personal sichergestellt. Die Servicetelefonnummer des telefonischen Notdienstes lautet:</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Die Servicetelefonnummer des telefonischen Notdienstes lautet:</i> |  |   |                          |
| 19C   | Hausnotrufzentrale mit täglich 24 Std. telefonischer Erreichbarkeit von qualifiziertem Personal                                  | <i>Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, eine Hausnotrufzentrale mit täglich 24 Stunden Erreichbarkeit vorzuhalten. Der Notdienst wird durch qualifiziertes und mit den Versorgungs betrautes Personal sichergestellt.</i>   | <input type="checkbox"/> |
| 19C   | Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der Hausnotrufzentrale bei Stromausfällen  | <i>Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, die Hausnotrufzentrale auch während Stromausfällen funktionsfähig zu halten. Die Maßnahmenbeschreibung am Ende der Nachweisliste wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt.</i>   | <input type="checkbox"/> |

| Räumliche Voraussetzungen   |  |  |                          |
|---|--|--|--------------------------|
| Versorgungsbereiche   | Voraussetzung  | Erklärungen/Nachweise  | bestätigt                |
| Alle  | 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"/> |
| Alle  | Verkaufs-/Empfangsbereich<br>(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"/> |
| 05C, 29A  | Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Liege<br>(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 <b>akustische und optische Abgrenzung</b> ist klar zu erkennen. Die Liege erfüllt medizinische Anforderungen, das heißt, sie ist abwaschbar, bietet eine ergonomische Arbeitshöhe und ist von mindestens zwei Seiten begehbar.</i>   | <input type="checkbox"/> |
| 01A, 01B, 01C, 01D, 02A, 02D, 02E, 03A, 03B, 03D, 05A, 05B, 05F, 07A, 08A, 09A, 13B, 14D, 14H, 15A, 15B, 17A, 17B, 18B, 19B, 19D, 20E, 21B, 22A, 23A, 23B, 23I, 30A, 30C, 37A, 99A, 99C, 99D, 99E | Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit<br>(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 <b>akustische und optische Abgrenzung</b> 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"/> |
| 05A, 05B, 05C, 10A, 18B, 20E, 22A, 23A, 23B   | Behindertengerechter Zugang  | <i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, welche nachweist, dass die Türen eine lichte Breite von mindestens 90 cm haben. Untere Türanschlüge und -schwelle sind grundsätzlich vermieden. Soweit sie unbedingt erforderlich sind, stehen geeignete Rampen zur Verfügung. Der Türdrücker ist in 85 cm Höhe angebracht.<br/>Auf den Bildern ist ein Maßband angelegt, um die korrekten Maße nachzuweisen.</i>  | <input type="checkbox"/> |

|   |  |   |                          |
|---|--|---|--------------------------|
| 05A, 05B, 05C, 10A, 18B, 20E, 22A, 23A, 23B   | Behindertengerechte Toilette.  | <p><i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, die nachweist, dass die Tür nicht in den Sanitätsraum schlägt, abschließbar und im Notfall von außen zu entriegeln ist. Die Bewegungsfläche für Rollstuhlnutzer ist mindestens 120 cm breit und 120 cm tief.</i></p> <p><i>Unter dem Waschtisch ist Beinfreiraum vorhanden.</i></p> <p><i>Die Sitzhöhe des Klosettbeckens - einschließlich Sitz - beträgt 46 - 48 cm. Auf jeder Seite des Klosettbeckens sind klappbare, 15 cm über die Vorderkante des Beckens hinausragende Haltegriffe montiert, die in der waagerechten und senkrechten Position selbsttätig arretieren. Sie sind am äußersten vorderen Punkt für eine Druckbelastung von 100 kg geeignet. Ein Notruf (Schalter / Knopf oder Zugschnur) ist installiert.</i></p> | <input type="checkbox"/> |
| 18B, 37A  | Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen  | <p><i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, welche sowohl den Raum als auch das verwendete Werkzeug erkennbar darstellt.</i></p>   | <input type="checkbox"/> |
| 01A, 01B, 02D, 03D, 04A, 04B, 09A, 10A, 13B, 14D, 15B, 18B, 19C, 21B, 22A, 33A  | Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte (Details können versorgungs- / auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden.) | <p><i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, welche zeigt, dass gereinigte und nicht gereinigte Hilfsmittel räumlich getrennt gelagert werden und die Lagerstätten eindeutig gekennzeichnet/beschriftet sind.</i></p>   | <input type="checkbox"/> |
| 01B, 05A, 05B, 05C, 05F, 17A, 17B, 23A, 23B, 23I, 29A, 37A  | Geeigneter Spiegel zur Hilfsmittelanpassung  | <p><i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, welche einen Spiegel zeigt, der für die Anpassung des jeweiligen Hilfsmittels angemessen groß ist.</i></p>   | <input type="checkbox"/> |
| 01A, 01B, 01C, 01D, 02A, 02D, 02E, 03A, 03B, 03D, 04A, 04B, 05A, 05B, 05C, 05F, 07A, 08A, 09A, 10A, 10C, 13B, 14D, 14H, 15A, 15B, 17A, 17B, 18B, 19B, 19C, 19D, 20E, 21B, 22A, 23A, 23B, 23I, 29A, 30A, 30C, 33A, 37A, 99A, 99C, 99D, 99E, 99I, 99K | Lager- und/oder Transportmöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen  | <p><i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, welche zeigt, dass die relevanten Hilfsmittel den Herstellervorgaben entsprechend gelagert und/oder transportiert werden können.</i></p> <p><i>Die Maßnahmenbeschreibung am Ende der Nachweisliste wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt.</i></p>  | <input type="checkbox"/> |
| 29A   | Handwaschbecken zur Nutzung durch den Versicherten   | <p><i>Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, ein Handwaschbecken zur Nutzung durch den Versicherten zur Verfügung zu stellen und zugänglich zu halten.</i></p>  | <input type="checkbox"/> |

| <b>Inventar</b>            |   |  |                          |
|----------------------------|---|--|--------------------------|
| <b>Versorgungsbereiche</b> | <b>Voraussetzungen</b>  | <b>Erklärungen/Nachweise</b>   | <b>bestätigt</b>         |
| 04B, 33A                   | Bohrmaschine (stationäres oder mobiles System)                    | <i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, sowie unten aufgeführte Typbezeichnung und Seriennummer.</i> | <input type="checkbox"/> |
| Typbezeichnung:            |   | Seriennummer:  |                          |
| 04A, 18B, 23B, 33A         | Werkbank mit Werkzeugausstattung                                  | <i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, sowie unten aufgeführte Ausstattungsbeschreibung.</i>        | <input type="checkbox"/> |
| Ausstattungsbeschreibung:  |   |  |                          |
| 37A                        | Zuschneide- und Arbeitstisch                                      | <i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation.</i>  | <input type="checkbox"/> |
| 37A                        | Tischnähmaschine  | <i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, sowie unten aufgeführte Typbezeichnung und Seriennummer.</i> | <input type="checkbox"/> |
| Typbezeichnung:            |   | Seriennummer:  |                          |
| 23B                        | Heißluftgerät zur thermoplastischen Verarbeitung von Kunststoffen | <i>Aktuelle Foto-/Videodokumentation, sowie unten aufgeführte Typbezeichnung und Seriennummer.</i> | <input type="checkbox"/> |
| Typbezeichnung:            |   | Seriennummer:  |                          |

| Bei Antrag auf zweiten, mobilen Vertriebsweg  |  |  |                          |
|---|--|--|--------------------------|
| Versorgungsbereiche   | Voraussetzungen  | Erklärungen/Nachweise  | bestätigt                |
| 01A, 01B, 01C, 01D, 02A, 02D, 02E, 03A, 03B, 03D, 07A, 09A, 10C, 13B, 14D, 14H, 15A, 15B, 18B, 19B, 19C, 19D, 20E, 21B, 29A, 30A, 30C, 99I, 99K | Sicherstellung der zeitnahen Versorgung vor Ort, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten (gilt nicht für Hausbesuchsregelungen)<br><br>[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>  | <input type="checkbox"/> |
|   |  | <i>Die Maßnahmenbeschreibung am Ende der Nachweisliste wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt.</i>  |                          |
|   |  | <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 beigelegt.</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 |

| <b>Maßnahmenbeschreibung zu den Lager- und/oder Transportbedingungen</b>                                       |   |
|--|---|
| 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<br><input type="checkbox"/> Lagerung in Originalverpackung<br><input type="checkbox"/> ggf. Einhaltung von Vorgaben zu Temperatur und Luftfeuchtigkeit |
| 14F  | <input type="checkbox"/> striktes Rauchverbot<br><input type="checkbox"/> keine schnell entflammaren Gegenstände<br><input type="checkbox"/> aufrechte Lagerung, Fixierung als Sicherung gegen Umfallen           |
| Ggf. zusätzliche und spezielle Herstelleranforderungen für diese VB:   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  |

| <b>Maßnahmenbeschreibung zur Sicherstellung des Hausnotrufs bei Stromausfällen</b>              |  |
|---|--|
| Folgende Maßnahmen wurden getroffen, um den Hausnotruf auch bei Stromausfällen sicherzustellen: |  |
| Versorgungsbereiche   | Angekreuzt, falls relevant und zutreffend  |
| 19C   | <input type="checkbox"/> Die Notrufgeräte sind mit einer Notstrombatterie ausgestattet<br><input type="checkbox"/> Es ist eine vom Telefonanschluss unabhängige Mobilfunkkarte verbaut<br><input type="checkbox"/> Bei Stromunterbrechung wird automatisch ein Notsignal gesendet<br><input type="checkbox"/> Folgende zusätzliche Maßnahmen wurden getroffen: |

| <b>Maßnahmenbeschreibung zur Sicherstellung der mobilen Versorgung</b>  |   |
|---|---|
| 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): |
| 01A, 01B, 01C, 01D, 02A, 02D, 02E, 03A, 03B, 03D, 07A, 09A, 10C, 13B, 14D, 14H, 15A, 15B, 18B, 19B, 19C, 19D, 20E, 21B, 29A, 30A, 30C, 99I, 99K                   |   |

| <b>Angaben Vertreter(in) der Firma</b>   |                          |
|--|--------------------------|
| 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 folgenden Nummern zur Verfügung:

Telefon: 49 228 53 88 40-0