

Betriebsbegehungsprotokoll
zu den Versorgungsbereichen *Orthesen*
(Versorgungsbereiche 23C3, 23D3, 23E, 23G3)¹

1. Unternehmen/Betriebsstätte

Firmenname _____

Anschrift des Unternehmens _____
(Straße)

(PLZ, Ort)

Kontaktdaten _____
(Telefon, Telefax)

(E-Mailadresse)

Rechtsform Einzelunternehmen OHG
 GmbH GmbH & Co. KG

Institutionskennzeichen _____

2. Bei Betriebsstätten Angabe zum Hauptbetrieb

Anschrift wie oben ja nein

Firmenname des Hauptbetriebs _____

Anschrift des Hauptbetriebs _____
(Straße)

(PLZ, Ort)

Institutionskennzeichen _____

¹ Der / die Versorgungsbereich(e) und Bezeichnungen beziehen sich auf die Empfehlungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V

3. Angaben zur begehenden Stelle

Name der ausführenden
Stelle

Anschrift der ausführen-
den Stelle

(Straße)

(PLZ, Ort)

Ggf. Institutionskennzeichen

Name der Person, die
die Betriebsbegehung
durchgeführt hat

Qualifikation der Person,
die die Betriebsbegehung
durchgeführt hat

Kontaktdaten

(Telefon, Telefax)

(E-Mailadresse)

4. Prüfkriterien

I. Räumliche Voraussetzungen

Mietvertrag oder Grundbuchauszug in einfacher Kopie (Angaben und Inhalte, die für den Nachweis der Erfüllung der räumlichen Voraussetzungen nicht relevant sind, können geschwärzt werden). ja nein

Verkaufs-/Empfangsbereich ja nein

Behindertengerechter Zugang:

Türen müssen eine lichte Breite von mindestens 90 cm haben.

Untere Türanschlüge und -schwelle sind grundsätzlich zu vermeiden. Soweit sie unbedingt erforderlich sind, müssen geeignete Rampen zur Verfügung stehen.

Der Türdrücker sollte in 85 cm Höhe angebracht sein.
(gilt bei Bezug von neuen Räumlichkeiten)

ja nein

Behindertengerechte Toilette:

Die Tür darf nicht in den Sanitärraum schlagen.

Die Tür des Sanitärraums muss abschließbar und im Notfall von außen zu entriegeln sein.

Die Bewegungsfläche für Rollstuhlnutzer muss mindestens 120 cm breit und 120 cm tief sein.

Unter dem Waschtisch muss Beinfreiraum vorhanden sein.

Die Sitzhöhe des Klosettbeckens – einschließlich Sitz – muss 48 cm betragen.

Im Bedarfsfall muss eine Höhenanpassung vorgenommen werden.

Auf jeder Seite des Klosettbeckens sind klappbare, 15 cm über die Vorderkante des Beckens hinausragende Haltegriffe zu montieren, die in der waagerechten und senkrechten Position selbsttätig arretieren. Sie müssen am äußersten vorderen Punkt für eine Druckbelastung von 100 kg geeignet sein. Ein Notruf (Schalter / Knopf oder Zugschnur) ist zu installieren.

(gilt bei Bezug von neuen Räumlichkeiten)

ja nein

Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen

ja nein

Geeigneter Spiegel zur Hilfsmittelanpassung

ja nein

Die folgende Anforderung gilt nur für die Versorgungsbereiche 23C3 und 23D3:

Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit

ja nein

Die folgende Anforderung gilt nur für die Versorgungsbereiche 23E und 23G3:

Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Liege

ja nein

Die folgenden Anforderungen gelten nur für die Versorgungsbereiche 23E und 23G3:

Ganganalysebereich, optisch und akustisch abgegrenzt ja nein

Die folgenden Anforderungen gelten nur für die Versorgungsbereiche 23C3 und 23D3:

Lagermöglichkeiten unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen ja nein

II. Inventar

Werkbank mit Werkzeugausstattung ja nein

Bohrmaschine ja nein

Typ: _____

Seriennummer: _____

Schleifmaschine ja nein

Typ: _____

Seriennummer: _____

Sattlernähmaschine / Reparturnähmaschine ja nein

Typ: _____

Seriennummer: _____

Tischnähmaschine ja nein

Typ: _____

Seriennummer: _____

Heißluftgeräte zur thermoplastischen Verarbeitung von Kunststoffen sowie Arbeitsplatz zur Kunststoffverarbeitung
(gilt nur für 23C3 und 23D3)

ja nein

Typ: _____

Seriennummer: _____

Die folgenden Anforderungen gelten für die Versorgungsbereiche 23E und 23G3:

Fräse ja nein

Typ: _____

Seriennummer: _____

Zuschneide- und Arbeitstisch ja nein

Wärmeofen oder Wärmeplatte, Heißluftgeräte zur thermoplastischen Verarbeitung von Kunststoffen sowie Arbeitsplatz zur Kunststoffverarbeitung ja nein

Typ: _____

Seriennummer _____

Gießharz- oder Laminat- oder Klebstoff-Arbeitsplatz ja nein

