

**Betriebsbegehungsprotokoll
zu den Versorgungsbereichen *Sehhilfen*
(Versorgungsbereiche 25A, 25D, 25E)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

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

Die folgende Anforderung gilt nur für die Versorgungsbereiche 25B und 25C:

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

Die folgende Anforderung gilt nur für die Versorgungsbereiche 25A und 25E:

Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen ja nein

Die folgende Anforderung gilt nur für die Versorgungsbereiche 25A und 25D:

Geeigneter Spiegel ja nein

II. Inventar

siehe die folgenden Seiten

a) Refraktionsraum:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Raum lässt sich abdunkeln | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tageslicht oder tageslichtähnliches Kunstlicht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Höhenverstellbarer Refraktionsstuhl | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Skioskop und Skioskopleisten und/oder Refraktometer | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Messgläserkasten und Refraktionsmessbrille | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Polarisationsvorhalter
(gilt nur für den Versorgungsbereich 25A) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kreuzzylinder | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Abgleichleiste | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gerät zur Sehzeichendarbietung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Vorrichtung zur Prüfung der Sehschärfe in der Nähe
(z.B. Phoropter mit entsprechender Nahprüfeinrichtung) | | |
| Binokulartest | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tafeln zur Messung des Vergrößerungsbedarfes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tafeln zur Bestimmung des Fernvisus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ein Satz Kantenfilter
(gilt nur für die Versorgungsbereiche 25A und 25E) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

b) Kontaktlinsenarbeitsplatz

(gilt nur für den Versorgungsbereich 25D)

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Einweisungsplatz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ophthalmometer | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Spaltlampenmikroskop | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Vorrichtung zur Prüfung auf Einhaltung der Kontaktlinsenparameter und zur Qualitätskontrolle der Kontaktlinsen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zubehör zur sachgerechten Reinigung und Sterilisation/Desinfektion | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

c) Werkstatt

(gilt nur für die Versorgungsbereiche 25A und 25E)

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Werktisch | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Handschleifmaschine und/oder Randbearbeitungsmaschine | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bohrmaschine mit Zubehör | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Poliermaschine | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rillmaschine ggf. Facette-Schleifmaschine | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Scheitelbrechwertmessgerät | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zentriergerät | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

5. Ergebnis der Betriebsbegehung

Die sich aus der Betriebsbegehung ergebenden Anforderungen werden erfüllt ja nein

Anmerkungen (evtl. weitere Anmerkungen auf einem gesonderten Blatt)

(Ort, Datum)

(Name der ausführenden Stelle)

(Unterschrift der Person, die die Betriebsbegehung durchgeführt hat)