

**Betriebsbegehungsprotokoll**  
**zu den Versorgungsbereichen *Lagerungshilfen***  
**(Versorgungsbereiche 20A3, 20F, 20G)<sup>1</sup>**

**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 -----

<sup>1</sup> Der / die Versorgungsbereich(e) und Bezeichnungen beziehen sich auf die Empfehlungen gemäß § 126 Absatz 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

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

Behindertengerechter Zugang:

Türen müssen eine lichte Breite von mindestens 90 cm haben.

Untere Türansläge 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

Die folgenden Anforderungen gelten nur für den Versorgungsbereich 20A3:

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

Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte  ja  nein

## II. Inventar

Werkbank mit Werkzeugausstattung  ja  nein

Zuschneide- und Arbeitstisch  
(gilt nicht für den Versorgungsbereich 20A3)  ja  nein

Bohrmaschine  ja  nein

Typ: \_\_\_\_\_

Seriennummer: \_\_\_\_\_

Schleifmaschine  ja  nein

Typ: \_\_\_\_\_

Seriennummer: \_\_\_\_\_

Fräse (gilt nicht für den Versorgungsbereich 20A3)  ja  nein

Typ: \_\_\_\_\_

Seriennummer: \_\_\_\_\_

Sattlernähmaschine / Reparaturnähmaschine  ja  nein

Typ: \_\_\_\_\_

Seriennummer: \_\_\_\_\_

Wärmeofen oder Wärmeplatte, Heißluftgeräte zur  
thermoplastischen Verarbeitung von Kunststoffen  
sowie Arbeitsplatz zur Kunststoffverarbeitung  
(gilt nicht für den Versorgungsbereich 20A3)  ja  nein

Typ: \_\_\_\_\_

Seriennummer: \_\_\_\_\_

Tischnähmaschine  ja  nein

Typ: \_\_\_\_\_

Seriennummer: \_\_\_\_\_

**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)