

## Name des Antragstellers

GKV-Spitzenverband  
Abteilung Gesundheit - Hilfsmittel -  
Mittelstraße 51  
10117 Berlin

## Gesprächspartner beim Antragsteller

Telefon

Telefax

E-Mail

Ort, Datum

## Antrag auf Benennung als Präqualifizierungsstelle gemäß § 126 Abs. 1a SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich/wir biete(n) die Präqualifizierung von Leistungserbringern für die Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 126 Abs. 1a SGB V an und beantragen die Benennung als Präqualifizierungsstelle.

Ich/wir verpflichte(n) mich/uns zur Beachtung der Vereinbarung gemäß § 126 Absatz 1a SGB V über das Verfahren zur Präqualifizierung von Leistungserbringern, die am 1. April 2010 in Kraft getreten ist und unterwerfe(n) mich/uns den sich daraus ergebenden Pflichten.

Ich/wir informiere(n) den GKV-Spitzenverband unverzüglich über Änderungen von Gegebenheiten, die sich gegenüber der Antragstellung ergeben haben und die die Benennung betreffen.

Ich/wir verpflichte(n) mich/uns, den GKV-Spitzenverband über alle wesentlichen Erkenntnisse aus den Präqualifizierungsverfahren, die Grundsätze der Vereinbarung nach § 126 Abs. 1a Satz 3 SGB V betreffen und ggf. eine Überarbeitung derselben erforderlich machen, zu unterrichten.

## **Anlagen**

- Amtlicher Nachweis über das Unternehmen/die Institution (Handelsregisterauszug, Satzung u. ä.)
- Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise des verantwortlichen Leiters
- Eigenerklärung über die Neutralität, Unparteilichkeit gemäß § 5b der Vereinbarung nach § 126 Abs. 1a Satz 3 SGB V
- Eigenerklärungen des verantwortlichen Leiters und der Mitarbeiter zur Beachtung des Datenschutzes
- Beschreibung der Verfahrensabläufe und Aktenverwaltung
- Beschreibung der IT-technischen Voraussetzungen und Übermittlung eines Testdatensatzes

Ort, Datum

Unterschrift

**1. Firmenname/  
Name der Institution**

Rechtsform

Einzelunternehmen     OHG  
 GmbH                   GmbH & Co. KG  
 \_\_\_\_\_

Amtsgericht

\_\_\_\_\_

HR – NR. \_\_\_\_\_

(Angabe bei GmbH, GmbH & Co. KG, AG, e. K.)

Firmensitz/Sitz der Institution

PLZ

Ort

\_\_\_\_\_

Straße

Telefon/Fax

E-Mail-Adresse

www.

**2. Frühest möglicher Termin der Präqualifizierungstätigkeit**

**3. Öffnungszeiten**

Mo. \_\_\_:\_\_\_ Uhr - \_\_\_:\_\_\_ Uhr    Di. \_\_\_:\_\_\_ Uhr - \_\_\_:\_\_\_ Uhr  
Mi. \_\_\_:\_\_\_ Uhr - \_\_\_:\_\_\_ Uhr    Do. \_\_\_:\_\_\_ Uhr - \_\_\_:\_\_\_ Uhr  
Fr. \_\_\_:\_\_\_ Uhr - \_\_\_:\_\_\_ Uhr    Sa. \_\_\_:\_\_\_ Uhr - \_\_\_:\_\_\_ Uhr

**4. Verantwortliche Leitung**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Berufliche Qualifikation \_\_\_\_\_

Sonstige Qualifikationen \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit \_\_\_\_\_

.. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**5. Sonstige Angaben**

**5. Anzahl Mitarbeiter für die Präqualifizierungstätigkeit**

\_\_\_\_\_

## **6. Beauftragung externer Stellen**

Name und Anschrift der beauftragten Stelle:

Beschreibung der ausgelagerten Tätigkeiten:

## **6. Betriebsausstattung räumliche und sachliche Voraussetzungen**

Beschreibung der Betriebsausstattung/räumlichen Gegebenheiten