

**Betriebsbegehungsprotokoll**  
**zu den Versorgungsbereichen *Sehhilfen***  
**(Versorgungsbereiche 25A, 25D und 25E)<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 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 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 zur Hilfsmittelanpassung  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<br>(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<br>(z.B. Phoropter mit entsprechender Nahprüfeinrichtung) |                             |                               |
| Binokulartest  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tafeln zur Messung des Vergrößerungsbedarfes<br>(gilt nur für die Versorgungsbereiche 25A und 25E)           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tafeln zur Bestimmung des Fernvisus  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ein Satz Kantenfilter<br>(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 |
| Vorrichtung zur Randbearbeitung der Gläser | <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 |
| Vorrichtung zum Zentrieren Gläser          | <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)