

| | | | |
|------------|----------|------------|----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 1 von 18 |

1. Angaben zum Hauptsitz des Leistungserbringers

| | | | |
|------------------------|-------|--------------------------|-------|
| Firma Name: | _____ | Telefon: | _____ |
| Straße und Hausnummer: | _____ | E-Mail: | _____ |
| PLZ und Ort: | _____ | Institutionskennzeichen: | _____ |

2. Angaben zum Durchführungsort (für welchen Standort soll das PQ-Verfahren durchgeführt werden?)

Das PQ-Verfahren soll am Hauptsitz durchgeführt werden? ja nein Bei dieser Betriebsstätte handelt es sich nicht um einen Neubetrieb und nicht um einen Bezug neuer Räumlichkeiten gemäß den Empfehlungen des GKV- Spitzenverbandes vom 18.10.2010.

Das PQ-Verfahren soll in der Niederlassung/Filiale durchgeführt werden? ja nein Bei dieser Betriebsstätte handelt es sich nicht um einen Neubetrieb und nicht um einen Bezug neuer Räumlichkeiten gemäß den Empfehlungen des GKV- Spitzenverbandes vom 18.10.2010.

Wenn ja, bitte die Angaben zum Standort unter Punkt 3 eintragen, sofern nicht schon angegeben.

3. Angaben zum Standort, an dem das PQ-Verfahren durchgeführt werden (z.B. Niederlassung - NL oder Filiale - FL)

| | |
|--------------------------|-------|
| Firma Name: | _____ |
| Straße und Hausnummer: | _____ |
| PLZ und Ort: | _____ |
| Telefon: | _____ |
| E-Mail: | _____ |
| Institutionskennzeichen: | _____ |

| | | | |
|------------|----------|------------|----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 2 von 18 |

4. Fachliche(r) Leiter(-in)

| Kürzel | Vorname | Nachname | Berufsbezeichnung (Bitte Qualifikationsnachweis beifügen) |
|--------|---------|----------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Bitte beachten Sie die zwei wichtigen Anmerkungen und Hinweise:

- Bitte senden Sie uns mit dem Stammdatenbogen den Qualifikationsnachweis für den/die gewünschten fachliche(n) Leiter/-innen zu. Qualifikationsnachweise sind z. B.: Berufsurkunde über eine abgeschlossene Berufsausbildung, Urkunde über ein abgeschlossenes Studium, Gesellenbrief, Approbationsurkunde, Handwerksrolleneintrag, Handwerkskarte, Ausnahmegewilligung gemäß § 8 HwO
- Wenn keine Qualifikationsnachweise bzw. die Qualifikationsnachweise nicht vollständig eingereicht werden, dann hat dies eine Verzögerung im Präqualifizierungsverfahren zur Folge.

5. Versorgungsbereiche

Bitte beachten Sie die zwei wichtigen Anmerkungen und Hinweise:

- Spalte 1 Bitte kreuzen Sie die gewünschten Versorgungsbereiche an.
- Spalte 5 Bitte tragen Sie hier bei mehreren fachlichen Leitern (siehe Punkt 2 im Stammdatenbogen) das jeweilige Kürzel des gewünschten fachlichen Leiters ein. Dies ist zur eindeutigen Zuordnung und Prüfung der Qualifikation des fachlichen Leiters erforderlich.
- Spalten 6-8 Bitte kreuzen Sie in den grauen Feldern den/die gewünschten Vertriebsweg/e an. Ist bei einem Vertriebsweg kein graues Feld, dann ist eine Präqualifizierung für diesen Vertriebsweg gemäß Vorgabe des GKV-Spitzenverbandes nicht möglich.

Bitte beachten Sie folgenden Hinweis

Unvollständige/fehlende Einträge führen zu Verzögerungen des Präqualifizierungsverfahrens.

Präqualifizierung nach § 126 SGB V - Stammdatenbogen Leistungserbringer



| | | | |
|------------|----------|------------|----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 3 von 18 |

| X | VB | HMN | Inhalt der Versorgungsteilbereiche | KFL | Vertriebsweg | | | Begehung notwendig | Scope |
|--------------------------|-------|---|---|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|-------|
| | | | | | am Standort | vor Ort beim Kunden | an beiden Orten | | |
| <input type="checkbox"/> | 01A15 | 01.35.01 01.99.01.2 01.99.01.7 | Milchpumpen | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 01B10 | 01.24.01-02 | Sekret-Absauggeräte | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 01C | 01.24.05 | Hilfsmittel zur Wunddrainage | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 01D15 | 01.99.01.0-1 01.99.01.3-6 | Absaugkatheter, Absaugrohre für Laryngektomierte, Sonstiges Zubehör, Geschlossene Absaugsysteme | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 02A | 02.40.01-06 02.40.07.0 02.40.07.1 02.40.07.3 | Anziehhilfen, Ess- und Trinkhilfen, Rutschfeste Unterlagen, Greifhilfen, Halterungen, Umblättermittel manuell / Blattwender, Schreibhilfen, Mundstab, Leseständer | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 02B16 | 02.40.07.2 02.99.01-03 | Umblättermittel, elektrisch Bedienungssensoren | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 02C16 | 02.99.04-06 | Umfeld-Kontrollgeräte für elektrische Geräte, Zubehör zur drahtlosen Ansteuerung, Zubehör zur Erzeugung von Schaltfunktionen | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 02D11 | 02.10.01 | Armunterstützungssysteme | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 03A15 | 03.36.01.0-1 03.36.08-09 | Spülsysteme, schwerkraft- und pumpenabhängig Zubehör für Spülsysteme | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |

Legende: VB = Versorgungsbereich HMN = Hilfsmittelnummer Niederlassung = NL Filiale = FL Kürzel „Fachlicher Leiter“ = KFL

Präqualifizierung nach § 126 SGB V - Stammdatenbogen Leistungserbringer



| | | | |
|------------|----------|------------|----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 4 von 18 |

| X | VB | HMN | Inhalt der Versorgungsteilbereiche | KFL | Vertriebsweg | | | Begehung notwendig | Scope |
|--------------------------|-------|---|--|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|-------|
| | | | | | am Standort | vor Ort beim Kunden | an beiden Orten | | |
| <input type="checkbox"/> | 03B11 | 03.29.01-03 03.99.01-03 | Spritzen und Zubehör, Pens | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 03C13 | 03.29.12-13 03.36.02-06 03.36.10 03.99.07-11 03.99.13 | Transnasale Ernährungssonden, Überleitsysteme, Ständer und Halter, Fixierhilfen für transnasale Nasensonden, Filter, Zubehör | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 03D15 | 03.36.01.2-3 03.36.08-09 | Elektrisch betriebene Spülsysteme, Zubehör für Spülsysteme, | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 03E15 | 03.29.04-11 03.36.07 03.99.04-06 03.99.12 | Pumpensysteme | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 03F15 | - | Trink- und Sondennahrung (keine Verkapselung) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 04A | 04.40.01 | Badewannenlifter | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 04B | 04.40.02-05 | Badewannensitze, Duschhilfen, Badewanneneinsätze, Sicherheitsgriffe, Aufrichtehilfen | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |

Legende: VB = Versorgungsbereich HMN = Hilfsmittelnummer Niederlassung = NL Filiale = FL Kürzel „Fachlicher Leiter“ = KFL

Präqualifizierung nach § 126 SGB V - Stammdatenbogen Leistungserbringer



| | | | |
|------------|----------|------------|----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 5 von 18 |

| X | VB | HMN | Inhalt der Versorgungsteilbereiche | KFL | Vertriebsweg | | | Begehung notwendig | Scope |
|--------------------------|-------|--|---|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|-------|
| | | | | | am Standort | vor Ort beim Kunden | an beiden Orten | | |
| <input type="checkbox"/> | 05A5 | 05.01.01 05.02.01 05.04.01 05.06.01.0 | Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen bis einschließlich Knie) | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 05B5 | 05.05.01 05.06.01.1 05.07.01-02 05.08.01 05.09.01-02 05.11.01 05.11.03.0-1 05.11.03.5 05.11.05 | Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies) | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 05C | 05.11.03.2 05.11.04 | Bandagen-Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies) | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 05E | 05.11.03.3-4 | Maßgefertigte Leibbinden | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 06A | 06 | Bestrahlungsgeräte | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 07A | 07.50.01 | Blindenlangstöcke | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 07B | 07.50.02 | Elektronische Hilfsmittel für die Orientierung und Mobilität | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 07C10 | 07.99.01-05 07.99.07 | Blindenhilfsmittel | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |

Legende: VB = Versorgungsbereich HMN = Hilfsmittelnummer Niederlassung = NL Filiale = FL Kürzel „Fachlicher Leiter“ = KFL

Präqualifizierung nach § 126 SGB V - Stammdatenbogen Leistungserbringer



| | | | |
|------------|----------|------------|----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 6 von 18 |

| X | VB | HMN | Inhalt der Versorgungsteilbereiche | KFL | Vertriebsweg | | | Begehung notwendig | Scope |
|--------------------------|-------|--|--|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|-------|
| | | | | | am Standort | vor Ort beim Kunden | an beiden Orten | | |
| <input type="checkbox"/> | 07D3 | 07.50.01 07.99.99.6 | Blindenlangstöcke, Schulung in Orientierung und Mobilität (Unterweisung in die Nutzung des Hilfsmittels Langstock und elektronische Blindenleitgeräte) | | | <input type="checkbox"/> | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 07E11 | 07.99.09 | Blindenführhunde | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 5 |
| <input type="checkbox"/> | 08A | 08.03.06 | Stoßabsorber, Verkürzungsausgleiche | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 08B10 | 08.03.01-04 08.03.07 | stützende Einlagen, Bettungseinlagen, Schaleneinlagen, Einlagen mit Korrekturbacken, Einlagen bei schweren Fußfehlformen | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 1, 2 |
| <input type="checkbox"/> | 09A | 09 | Elektrostimulationsgeräte | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 10A15 | 10.46.01 10.50.01-05 | Gehgestelle, Fahrbare Gehhilfen, Hand-/Gehstöcke, Unterarmgehstützen, Achselstützen | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 10B15 | 10.46.02 10.46.03 10.46.04 10.99.02 | Gehwagen, Gehübungsgeräte, Sonstige Gehhilfen | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 11A | 11.11.05 11.29.01-12 | Hilfsmittel gegen Dekubitus (Statische Positionierungshilfen und Produkte zur Leib-/Rumpfvorsorgung, Ganzkörpervorsorgung) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 11B11 | 11.39.01-05 11.41.01 | Hilfsmittel gegen Dekubitus (Sitzhilfen und Rückensysteme) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 12A11 | 12.24.01-12 12.99.01-10 16.99.08 | Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie, Sprachverstärker | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |

Legende: VB = Versorgungsbereich HMN = Hilfsmittelnummer Niederlassung = NL Filiale = FL Kürzel „Fachlicher Leiter“ = KFL

Präqualifizierung nach § 126 SGB V - Stammdatenbogen Leistungserbringer



| | | | |
|------------|----------|------------|----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 7 von 18 |

| X | VB | HMN | Inhalt der Versorgungsteilbereiche | KFL | Vertriebsweg | | | Begehung notwendig | Scope |
|--------------------------|-------|--|---|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|-------|
| | | | | | am Standort | vor Ort beim Kunden | an beiden Orten | | |
| <input type="checkbox"/> | 13A | 13 | Hörhilfen | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 3 |
| <input type="checkbox"/> | 14A11 | 14.24.14.0 14.24.17.4-6 14.24.20-24 | Ergänzungen für modulare respiratorische Systeme, Atemgasbefeuchter, Basisgeräte für schlafbezogene Atemstörungen, CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 14B13 | 14.24.16.0-6 14.24.16.8-9 | Konfektionierte Masken zur Adaption respiratorischer Systeme | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 14C13 | 14.24.19 | Individuell angefertigte Masken zur Adaption respiratorischer Systeme | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 14D | 14.24.01-03 14.24.08.0-1 | Aerosol-Inhalationsgeräte, Inhalationshilfen, PEP-Mundsysteme, PEP-Maskensysteme | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 14E15 | 14.24.08.2-4 | In-/Exsufflator, Abklopf- und Vibrationsgeräte für thorakale Anwendung | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 14F15 | 14.24.04-06 | Sauerstofftherapiegeräte | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 14G15 | 14.24.09 14.24.12.2-3 14.24.13 14.24.17.0 14.24.25 | Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Zubehör zur Erweiterung von Beatmungsgeräten und -modulen, Basisgeräte für Beatmung, Modulare, respiratorische Systeme, Atemgasbefeuchter, Spezialgeräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 14H11 | 14.24.07 | Hilfsmittel zur Anwendung an der Nase | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |

Legende: VB = Versorgungsbereich HMN = Hilfsmittelnummer Niederlassung = NL Filiale = FL Kürzel „Fachlicher Leiter“ = KFL

Präqualifizierung nach § 126 SGB V - Stammdatenbogen Leistungserbringer



| | | | |
|------------|----------|------------|----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 8 von 18 |

| X | VB | HMN | Inhalt der Versorgungsteilbereiche | KFL | Vertriebsweg | | | Begehung notwendig | Scope |
|--------------------------|-------|--|---|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|-------|
| | | | | | am Standort | vor Ort beim Kunden | an beiden Orten | | |
| <input type="checkbox"/> | 15A10 | 15.25.02 15.25.04-10 15.25.12 15.25.14-18 15.25.19.0-1 15.25.20-22 15.25.24 15.25.30-32 | Inkontinenzhilfen <u>außer</u> Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 15B | 15.25.19.2 | Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 16A13 | 16.99.01-07 | Kommunikationshilfen | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 16B | 16.99.09 | Signalanlagen für Gehörlose | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 17A16 | 17.06.01-05 17.06.07-23 02.40.01.3 | Medizinische Kompressionsstrümpfe, Strumpfanziehhilfen für Kompressionsstrümpfe <i>Achtung: MFA und PT nur mit mindestens fünfjähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe!</i> | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 17B16 | 17.10.01 17.10.03-10 17.11.02.0 17.17.02.0 | Medizinische Kompressionsversorgung außer Bein <i>Achtung: MFA und PT nur mit mindestens fünfjähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe!</i> | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 17C | 17.06.06 17.07.01 17.10.02 17.11.01 | Hilfsmittel zur Narbenkompression | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |

Legende: VB = Versorgungsbereich HMN = Hilfsmittelnummer Niederlassung = NL Filiale = FL Kürzel „Fachlicher Leiter“ = KFL

Präqualifizierung nach § 126 SGB V - Stammdatenbogen Leistungserbringer



| | | | |
|------------|----------|------------|----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 9 von 18 |

| X | VB | HMN | Inhalt der Versorgungsteilbereiche | KFL | Vertriebsweg | | | Begehung notwendig | Scope |
|--------------------------|-------|---|--|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|-------|
| | | | | | am Standort | vor Ort beim Kunden | an beiden Orten | | |
| <input type="checkbox"/> | 17D | 17.17.01 | Hilfsmittel zur Narbenkompression (Kopf) | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 17E | 17.99.01-02 | Apparate zur Kompressionstherapie | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 18A15 | 18.46.04-05 18.50.01-06 18.51.01-02 18.51.04-06 18.65.01 18.99.01-12 50.45.07 | Kranken-/Behindertenfahrzeuge | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 18B11 | 18.46.01 18.46.02 18.46.03 | Toilettenrollstühle, Duschrollstühle | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 19A11 | 19.40.01-04 50.45.01-04 50.45.06-07 50.45.09 | Krankenpflegeartikel (Behindertengerechte Betten, Zurichtungen und Zubehör) Pflegebetten, Zurichtungen und Zubehör, Sitzhilfen zur Pflege erleichterung (im Bett), Rollstühle mit Sitzkantelung | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 19B15 | 19.40.05 19.99.01 51.40.01 51.45.01 51.45.02 52.40.01-04 53.45.01 54 | Krankenpflegeartikel, Produkte zur Hygiene im Bett, Waschsysteme, Lagerungsrollen, Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität, Hausnotrufgeräte | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |

Legende: VB = Versorgungsbereich HMN = Hilfsmittelnummer Niederlassung = NL Filiale = FL Kürzel „Fachlicher Leiter“ = KFL

Präqualifizierung nach § 126 SGB V - Stammdatenbogen Leistungserbringer



| | | | |
|------------|----------|------------|-----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 10 von 18 |

| X | VB | HMN | Inhalt der Versorgungsteilbereiche | KFL | Vertriebsweg | | | Begehung notwendig | Scope |
|--------------------------|-------|---|--|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|-------|
| | | | | | am Standort | vor Ort beim Kunden | an beiden Orten | | |
| <input type="checkbox"/> | 20A3 | 20.29.02 | Funktionelle Lagerungssysteme für Kinder | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 20B10 | 20.10.02 20.29.01 20.29.04 | Schulterabduktionslagerungshilfen, Armlagerungsplatten bei Parese, Lagerungskeile, Therapiehilfen | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 20C | 20.06.02 | Beinlagerungshilfen | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 20D | 20.29.03 | Therapieliegen bei Mukoviszidose | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 20E | 20.39.01 | Sitzringe | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 20F | 20.29.98 20.29.99 | Lagerungshilfen, individuell oder in Sonderanfertigung (Ganzkörper) | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 20G10 | 20.29.99.0003 | Lagerungshilfen, individuell oder in Sonderanfertigung (Versorgungen bis einschließlich Knie) | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 1, 2 |
| <input type="checkbox"/> | 21A | 21.30.01-02 21.46.01 | Überwachungsgeräte für Vitalfunktionen bei Kindern, Überwachungsgeräte zur nichtinvasiven Blutgaskontrolle, Anfall-Überwachungsgeräte für Epilepsiekranken | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 21B10 | 21.24.01 21.28.01 21.34.01-02 21.43.01 21.99.01 | Messgeräte zur Lungenfunktionsmessung, Blutdruckmessgeräte, Blutgerinnungsmessgeräte / Blutzuckermessgeräte, Real-Time-Messgeräte (rtCGM), Personenwaagen, Sprachausgaben zu Messgeräten | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 22A8 | 22.29.01.0 22.29.01.2-7 22.29.02 | Umsetz- und Hebehilfen, Aufstehhilfen/-vorrichtungen für Sessel/Stühle | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |

Legende: VB = Versorgungsbereich HMN = Hilfsmittelnummer Niederlassung = NL Filiale = FL Kürzel „Fachlicher Leiter“ = KFL

Präqualifizierung nach § 126 SGB V - Stammdatenbogen Leistungserbringer



| | | | |
|------------|----------|------------|-----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 11 von 18 |

| X | VB | HMN | Inhalt der Versorgungsteilbereiche | KFL | Vertriebsweg | | | Begehung notwendig | Scope |
|--------------------------|-------|---|--|-----|--------------------------|---------------------|-----------------|--------------------|-------|
| | | | | | am Standort | vor Ort beim Kunden | an beiden Orten | | |
| <input type="checkbox"/> | 22B11 | 22.29.01.1 22.40.01-06 22.50.01 22.51.01-05 | Lifter und Zubehör zu Liftern, Rampensysteme, Zwei-/Dreiräder und Zubehör | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 23A3 | 23.01.01 23.02.01 23.02.02 23.03.02.0 23.04.01 23.04.05.0 | Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie) | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 23B3 | 23.07.01-02 23.08.04 23.09.01.0 23.11.01 23.12.03 23.13.01.0 23.14.03.0-3 23.16.02.0-1 23.16.03 | Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen oberhalb Knie) <i>Achtung: OTSM und OTS nur mit mindestens fünfjähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe!</i> | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 23C10 | 23.02.03-04 23.03.01 23.03.02.1-6 23.04.02-04 23.04.05.1-2 23.04.06-07 23.06.01-04 23.06.06.0 | Orthesen, industriell hergestellt, mit handwerklicher Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie) | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 1,2 |

Legende: VB = Versorgungsbereich HMN = Hilfsmittelnummer Niederlassung = NL Filiale = FL Kürzel „Fachlicher Leiter“ = KFL

Präqualifizierung nach § 126 SGB V - Stammdatenbogen Leistungserbringer



| | | | |
|------------|----------|------------|-----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 12 von 18 |

| X | VB | HMN | Inhalt der Versorgungsteilbereiche | KFL | Vertriebsweg | | | Begehung notwendig | Scope |
|--------------------------|-------|---|--|-----|--------------------------|---------------------|-----------------|--------------------|-------|
| | | | | | am Standort | vor Ort beim Kunden | an beiden Orten | | |
| <input type="checkbox"/> | 23D10 | 23.05.01-02 23.06.05 23.06.06.1 23.07.03-04 23.08.01-03 23.08.05 23.09.01.1-3 23.09.02-04 23.10.01 23.12.01-02 23.13.01.1 23.14.01-02 23.14.03.4-5 23.14.04 23.15.01-04 23.16.01.0-3 | Orthesen, industriell hergestellt, mit handwerklicher Anpassung (Versorgungen oberhalb Knie) | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 23E | 23.02.30-32 23.03.30-34 23.04.30-32 | Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen unterhalb des Knies) | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 1, 2 |

Legende: VB = Versorgungsbereich HMN = Hilfsmittelnummer Niederlassung = NL Filiale = FL Kürzel „Fachlicher Leiter“ = KFL

Präqualifizierung nach § 126 SGB V - Stammdatenbogen Leistungserbringer



| | | | |
|------------|----------|------------|-----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 13 von 18 |

| X | VB | HMN | Inhalt der Versorgungsteilbereiche | KFL | Vertriebsweg | | | Begehung notwendig | Scope |
|--------------------------|-------|---|--|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|-------|
| | | | | | am Standort | vor Ort beim Kunden | an beiden Orten | | |
| <input type="checkbox"/> | 23G11 | 23.05.30-31 23.06.30-31 23.07.30-38 23.08.30-31 23.09.30-33 23.10.30-34 23.11.30 23.12.30 23.13.30 23.14.30 23.15.30-31 23.16.01.4-6 23.16.02.2 23.29.01.0-1 | Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen oberhalb des Knies einschließlich Knie) | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 23H15 | 23.29.01.2-3 | Motorgetriebene Gehapparate | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 24A11 | 24.01.01-03 24.01.98 24.03.01-04 24.03.98 24.73.01-02 24.79.01-02 24.79.04-07 | Beinprothesen (Fuß- und Zehenersatz) | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 1, 2 |

Legende: VB = Versorgungsbereich HMN = Hilfsmittelnummer Niederlassung = NL Filiale = FL Kürzel „Fachlicher Leiter“ = KFL

Präqualifizierung nach § 126 SGB V - Stammdatenbogen Leistungserbringer



| | | | |
|------------|----------|------------|-----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 14 von 18 |

| X | VB | HMN | Inhalt der Versorgungsteilbereiche | KFL | Vertriebsweg | | | Begehung notwendig | Scope |
|--------------------------|-------|---|--|-----|--------------------------|---------------------|-----------------|--------------------|-------|
| | | | | | am Standort | vor Ort beim Kunden | an beiden Orten | | |
| <input type="checkbox"/> | 24B11 | 24.04.01-03 24.04.98 24.04.99 24.05.01-03 24.05.98 24.05.99 24.71.01-05 24.71.98 24.71.99 24.72.01-04 24.72.98 24.72.99 24.74.01-03 24.75.01-02 24.79.01-07 | Beinprothesen | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 25A15 | 25.21.01-04 25.21.11-16 | Gläser und Prismen, Sonstige Sehhilfen | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 4 |
| <input type="checkbox"/> | 25B15 | 25.21.20.0 | Schieltherapeutika | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 25C15 | 25.21.20.1-2 25.21.30 25.21.40 | Okklusionspflaster, Vorhänger/Übersetzbrille, Sonstige Hilfsmittel bei Augenerkrankungen | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 25D15 | 25.21.50-52 25.21.54-58 | Kontaktlinsen | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |

Legende: VB = Versorgungsbereich HMN = Hilfsmittelnummer Niederlassung = NL Filiale = FL Kürzel „Fachlicher Leiter“ = KFL

Präqualifizierung nach § 126 SGB V - Stammdatenbogen Leistungserbringer



| | | | |
|------------|----------|------------|-----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 15 von 18 |

| X | VB | HMN | Inhalt der Versorgungsteilbereiche | KFL | Vertriebsweg | | | Begehung notwendig | Scope |
|--------------------------|-------|---|--|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|-------|
| | | | | | am Standort | vor Ort beim Kunden | an beiden Orten | | |
| <input type="checkbox"/> | 25E16 | 25.21.80-84 25.21.86 02.40.07.3 (Gilt nicht für Hilfsmittel, für die ein Wiedereinsatz vorgesehen ist) | Vergrößernde Sehhilfen, Leseständer | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 4 |
| <input type="checkbox"/> | 25F15 | 02.40.07.3 25.21.85-88 | Bildschirmlesegeräte, Kamerasysteme, Leseständer | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 26A11 | 26.11.01-04 | Sitzschalen, Kinder-Sitzsysteme, modular (Sitz-Orthesen) | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 26B11 | 26.11.05-06 26.46.01-02 26.99.01 26.99.03 | Sitzschalen konfektioniert, Therapiestühle /-sitzhilfen für Kinder Autokindersitze für Behinderte, Arthrodesensitzkissen, Arthrodesenstühle, Fahrgestelle für Sitzschalen/Sitzsysteme, Sitzkeil für Kinder | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 27A | 27 | Sprechhilfen | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 28A | 28 | Stehhilfen | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 29A | 05.11.03.2 29 | Stomaartikel, Konfektionierte Stomabandagen | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 31A15 | 02.40.01.2-3 10.50.01-03 17.06.06 31.03.01-06 31.99.99 | Orthopädische Maßschuhe ohne diabetische Fußversorgung, Therapieschuhe konfektioniert, Schuhzurichtungen, Gehstöcke, Strumpfanziehhilfen, Hilfsmittel zur Narbenkompression Bein | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 2 |

Legende: VB = Versorgungsbereich HMN = Hilfsmittelnummer Niederlassung = NL Filiale = FL Kürzel „Fachlicher Leiter“ = KFL

Präqualifizierung nach § 126 SGB V - Stammdatenbogen Leistungserbringer



| | | | |
|------------|----------|------------|-----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 16 von 18 |

| X | VB | HMN | Inhalt der Versorgungsteilbereiche | KFL | Vertriebsweg | | | Begehung notwendig | Scope |
|--------------------------|-------|--|---|-----|--------------------------|---------------------|-----------------|--------------------|-------|
| | | | | | am Standort | vor Ort beim Kunden | an beiden Orten | | |
| <input type="checkbox"/> | 31C | 02.40.01.2-3 10.50.01-03 17.06.06 31.03.03 | Therapieschuhe konfektioniert, Gehstöcke, Strumpfanziehhilfen, Hilfsmittel zur Narbenkompression Bein | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 31D | 02.40.01.2-3 10.50.01-03 17.06.06 31.03.07 31.03.08 | Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom, Diabetesfußbettungen, Gehstöcke, Strumpfanziehhilfen, Hilfsmittel zur Narbenkompression, Bein | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 1, 2 |
| <input type="checkbox"/> | 31E | 31.03.04 | Orthopädische Zurichtungen am konfektionierten Schuh | | <input type="checkbox"/> | | | ja | 2 |
| <input type="checkbox"/> | 31F16 | 31 02.40.01.2-3 10.50.01-03 17.06.06 | Orthopädische Maßschuhe, Therapieschuhe konfektioniert, Diabetesadaptierte Fußbettungen, Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom, Gehstöcke, Strumpfanziehhilfen, Hilfsmittel zur Narbenkompression, Bein | | <input type="checkbox"/> | | | ja | 2 |
| <input type="checkbox"/> | 32A | 32.06.01 32.07.01 32.10.01 32.29.01 32.29.02 32.99.01 | Therapeutische Bewegungsgeräte | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 32B | 32.04.01 32.09.01 | CPM-Motorbewegungsschienen | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 33A | 33 | Toilettenhilfen | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |

Legende: VB = Versorgungsbereich HMN = Hilfsmittelnummer Niederlassung = NL Filiale = FL Kürzel „Fachlicher Leiter“ = KFL

Präqualifizierung nach § 126 SGB V - Stammdatenbogen Leistungserbringer



| | | | |
|------------|----------|------------|-----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 17 von 18 |

| X | VB | HMN | Inhalt der Versorgungsteilbereiche | KFL | Vertriebsweg | | | Begehung notwendig | Scope |
|--------------------------|-------|---|---|-----|--------------------------|---------------------|-----------------|--------------------|-------|
| | | | | | am Standort | vor Ort beim Kunden | an beiden Orten | | |
| <input type="checkbox"/> | 34A10 | 34.18.01 | Haarersatz, konfektioniert | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 34B10 | 34.18.02 | Haarersatz, individuell gefertigt | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 35A11 | 35.17.01-05 35.19.01 35.21.01 35.42.01 12.24.13 | Epithesen (Hals-/Kopfbereich) | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 35B11 | 35.27.01 37.35.08.4-6 | Epithesen (Leib/Rumpf) | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 36A10 | 36.21.01 | Augenprothesen aus Glas | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 36B10 | 36.21.02 | Augenprothesen aus Kunststoff | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 37A10 | 37 | Brustprothesen | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 38A11 | 38 | Armprothesen | | <input type="checkbox"/> | | | Ja | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 99A | 99.17.01 | Kopfschutzhelme/- Bandagen konfektionierte Produkte | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 99B | 99.22.01 | Kiefermuskeltrainer | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 99C | 99.27.01 | Erektionsringe | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 99D | 99.27.02 | Vakuum-Erektionssysteme | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |

Legende: VB = Versorgungsbereich HMN = Hilfsmittelnummer Niederlassung = NL Filiale = FL Kürzel „Fachlicher Leiter“ = KFL

Präqualifizierung nach § 126 SGB V - Stammdatenbogen Leistungserbringer



| | | | |
|------------|----------|------------|-----------|
| Dokument | Revision | Gültig ab | Seite |
| FM 7.2-002 | 16 | 04.04.2024 | 18 von 18 |

| X | VB | HMN | Inhalt der Versorgungsteilbereiche | KFL | Vertriebsweg | | | Begehung notwendig | Scope |
|--------------------------|-------|----------|--|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|-------|
| | | | | | am Standort | vor Ort beim Kunden | an beiden Orten | | |
| <input type="checkbox"/> | 99E | 99.27.03 | Vaginaltrainer | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 99H | 99.99.03 | N.N. (Hilfsmittel zur Unterstützung der Herztätigkeit) | | <input type="checkbox"/> | | | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 99I8 | 99.17.02 | Läuse- und Nissenkämme | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 99K11 | 99.35.01 | Schutzringe für Brustwarzen | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nein | 6 |

6. Gesetzlicher Vertreter des Leistungserbringers

Vorname: _____

Nachname: _____

- Funktion/Status:
- Inhaber(in)
 - Geschäftsführer(in)
 - Prokurist(in)

Sonstiges: _____

Ort, Datum

Firmenstempel und rechtsverbindliche Unterschrift des gesetzlichen gemäß Punkt 6