

Dokument	Revision	Gültig ab	Seite
FM 7.2-002	18	01.07.2024	1 von 21

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	18	01.07.2024	2 von 21

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	18	01.07.2024	3 von 21

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"/>	02D18	02.10.01 02.40.08.0	Armunterstützungssysteme, Halbautomatisierte Speiseroboter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	02E18	02.40.04.7	Elektrische Greifhilfen		<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	18	01.07.2024	4 von 21

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	KFL	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					am Standort	vor Ort beim Kunden	an beiden Orten		
<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
<input type="checkbox"/>	03B18	03.29.01.1-2 03.29.02-03	(Kunststoff-)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"/>	03E18	03.29.07-11 03.36.07	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
<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

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	18	01.07.2024	5 von 21

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	KFL	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					am Standort	vor Ort beim Kunden	an beiden Orten		
<input type="checkbox"/>	05B18	05.05.01 05.06.01.1 05.07.01-03 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"/>	05F18	05.06.01.1 05.07.01-03 05.08.01 05.09.01-02 05.11.01 05.11.03.5	Bandagen (Versorgungen, konfektioniert)		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<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	18	01.07.2024	6 von 21

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"/>	09A18	09.17.01 09.30.01 09.37.01-04 09.99.01-02	Elektrostimulationsgeräte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	09B18	09.11.01	Defibrillatorwesten in Eigenanwendung		<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"/>	10C18	10.50.01 10.50.02 10.50.03	Hand-/Gehstöcke Unterarmgehstützen Achselstützen		<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	18	01.07.2024	7 von 21

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	KFL	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					am Standort	vor Ort beim Kunden	an beiden Orten		
<input type="checkbox"/>	11A	11.11.05 11.29.01-12	Hilfsmittel gegen Dekubitus (Statische Positionierungshilfen und Produkte zur Leib- /Rumpfversorgung, Ganzkörperversorgung)		<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"/>	12A18	12.23.01 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
<input type="checkbox"/>	13A18	13.20.06-07 13.20.09-16 13.20.22-24 13.20.30. 13.99.01-03	Hörhilfen		<input type="checkbox"/>			Ja	3
<input type="checkbox"/>	13B18	13.99.04	Signalanlagen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<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

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	18	01.07.2024	8 von 21

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	KFL	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					am Standort	vor Ort beim Kunden	an beiden Orten		
<input type="checkbox"/>	14E15	14.24.08.2-4	In-/Exsufflator, Abklopf- und Vibrationsgeräte für thora-kale 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, Zu-behör zur Erweiterung von Beatmungsgeräten und -mo-dulen, Basisgeräte für Beatmung, Modulare, respiratorische Systeme, Atemgasbefeuch-ter, 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
<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 Beckenbodenmuskelak-tivität		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	16A18	16	Kommunikationshilfen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	17A16	17.06.01-05	Medizinische Kompressionsstrümpfe,		<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	18	01.07.2024	9 von 21

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	KFL	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					am Standort	vor Ort beim Kunden	an beiden Orten		
		17.06.07-23 02.40.01.3	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"/>	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
<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"/>	18A18	18.46.04-07 18.50.01-08 18.51.01-02 18.51.04-05 18.65.01 18.99.01-13 50.45.07.	Kranken-/Behindertenfahrzeuge		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	18B11	18.46.01 18.46.02 18.46.03	Toilettenrollstühle, Duscrollstühle		<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	18	01.07.2024	10 von 21

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	KFL	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					am Standort	vor Ort beim Kunden	an beiden Orten		
<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 Pflegeererleichterung (im Bett), Rollstühle mit Sitzkantelung		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	19B18	19.40.05 19.99.01 51.40.01 51.45.01 51.45.02 52.40.03-05 54	Krankenpflegeartikel Produkte zur Hygiene im Bett Waschsysteme Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	19C18	52.40.01-02	Hausnotrufsysteme		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	19D18	19.40.04 19.40.05 19.99.01 51.40.01 54.45.01.0 54.99.01-02	Stechbecken Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Produkte zur Hygiene im Bett zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<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

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	18	01.07.2024	11 von 21

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	KFL	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					am Standort	vor Ort beim Kunden	an beiden Orten		
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	21B18	21.24.01 21.28.01 21.34.01 21.99.01	Messgeräte zur Lungenfunktionsmessung, Blutdruckmessgeräte, Blutgerinnungsmessgeräte, Personenwaagen		<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
<input type="checkbox"/>	22B18	22.29.01.1 22.40.01-06 22.50.01-02 22.51.01-05	Lifter und Zubehör zu Liftern Rampensysteme, Zwei-/Dreiräder und Zubehör Orthopädische Roller		<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	18	01.07.2024	12 von 21

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	KFL	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					am Standort	vor Ort beim Kunden	an beiden Orten		
<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
<input type="checkbox"/>	23D10	23.05.01-02 23.06.05 23.06.06.1	Orthesen, industriell hergestellt, mit handwerklicher Anpassung (Versorgungen oberhalb Knie)		<input type="checkbox"/>			Ja	1

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	18	01.07.2024	13 von 21

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	KFL	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					am Standort	vor Ort beim Kunden	an beiden Orten		
		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							
<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
<input type="checkbox"/>	23G11	23.05.30-31 23.06.30-31 23.07.30-38 23.08.30-31	Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen oberhalb des Knies einschließlich Knie)		<input type="checkbox"/>			Ja	1

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	18	01.07.2024	14 von 21

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	KFL	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					am Standort	vor Ort beim Kunden	an beiden Orten		
		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							
<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"/>	23I18	23.01.01 23.02.02 23.04.05.0 23.07.01 23.07.02.0-4 23.08.04 23.11.01 23.12.03.0-1 23.14.03.0-3	Orthesen (Versorgungen, konfektioniert)		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	24A11	24.01.01-03 24.01.98 24.03.01-04	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	18	01.07.2024	15 von 21

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	KFL	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					am Standort	vor Ort beim Kunden	an beiden Orten		
		24.03.98 24.73.01-02 24.79.01-02 24.79.04-07							
<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	Gläser und Prismen, Sonstige Sehhilfen		<input type="checkbox"/>			Ja	4

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	18	01.07.2024	16 von 21

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	KFL	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					am Standort	vor Ort beim Kunden	an beiden Orten		
		25.21.11-16							
<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
<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

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	18	01.07.2024	17 von 21

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	KFL	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					am Standort	vor Ort beim Kunden	an beiden Orten		
<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"/>	30A18	30.29.01.0 30.29.01.1 30.29.02.0 30.34.02.0-2 30.99.99.0-1	Insulin-Kunststoffspritzen Insulinkunststoffspritzen mit Sicherheitskomponenten Insulin-Pens Blutzuckermessgeräte Zubehör für Insulinpumpen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	30B18	30.29.04.0-3 30.29.05 30.29.06 30.99.01.1 30.99.02.1-2	Insulinpumpen Insulinpumpentherapiesysteme Insulin-Patch-Pumpen Pumpeinheit Insulinbehälter Patch-Pumpen zum Austausch		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	30C18	30.34.02.0-2 30.43.01.0 30.99.01-02	Blutzuckermessgeräte rtCGM-Systemkomponenten rtCGM-Sensoren rtCGM-Transmitter/Sender rtCGM-Empfänger rtCGM-Setzhilfen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	31A15	02.40.01.2-3 10.50.01-03	Orthopädische Maßschuhe ohne diabetische Fußversorgung, Therapieschuhe konfektioniert,		<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	18	01.07.2024	18 von 21

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	KFL	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					am Standort	vor Ort beim Kunden	an beiden Orten		
		17.06.06 31.03.01-06 31.99.99	Schuhzurichtungen, Gehstöcke, Strumpfanziehhilfen, Hilfsmittel zur Narbenkompression Bein						
<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	02.40.01.2-3 10.50.01-03 17.06.06 31	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

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	18	01.07.2024	19 von 21

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	KFL	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					am Standort	vor Ort beim Kunden	an beiden Orten		
<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
<input type="checkbox"/>	34A10	34.18.01	Haarersatz, konfektioniert		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	34B18	34	Haarersatz, konfektioniert u. 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

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	18	01.07.2024	20 von 21

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	KFL	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					am Standort	vor Ort beim Kunden	an beiden Orten		
<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
<input type="checkbox"/>	99E	99.27.03	Vaginaltrainer		<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

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

Dokument	Revision	Gültig ab	Seite
FM 7.2-002	18	01.07.2024	21 von 21

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