

Betriebsbegehungsprotokoll
zum Versorgungsbereich Prothesen



(Teilbereiche: 24.01.01-06; 24.03.01-45; 24.04.01-53; 24.05.01-22;
24.06.01-84; 24.99.01-07; 24.99.10, 24.99.13-15; 24.99.19-21;
Armprothesen)¹

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

¹ Die Nummernkreise 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. Prüfkriterien²

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 Sitzgelegenheit ja nein

Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen ja nein

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

Zusätzliche Anforderungen für Beinprothesen (24.01.01-06; 24.03.01-45; 24.04.01-53; 24.05.01-22; 24.06.01-84):

Laufgang/Ganganalysebereich, optisch und akustisch abgegrenzt, ggf. bereits in ausreichend großer Maßkabine enthalten ja nein

Behindertengerechter Zugang:
Türen müssen eine lichte Breite von mindestens 90 cm haben. Untere Türanschläge 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

² Bei der Prüfung von Versorgungsteilbereichen sind im Rahmen der Betriebsbegehung nur die die für den Versorgungsteilbereich geltenden Kriterien der Empfehlungen gemäß § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V zu überprüfen.

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.

(gilt bei Bezug von neuen Räumlichkeiten)

ja

nein

II. Inventar

Schleifmaschine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fräse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bohrmaschine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gipsbecken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Werkbank mit Werkzeugausstattung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuschneide- und Arbeitstisch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sattlernähmaschine/Reparaturnähmaschine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Typ: _____		
Seriennr.: _____		
Tischnähmaschine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Typ: _____		
Seriennr.: _____		
Wärmeofen oder Wärmeplatte, Heißluftgeräte zur thermoplastischen Verarbeitung von Kunststoffen sowie Arbeitsplatz zur Kunststoffverarbeitung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gießharz oder Laminat oder Klebstoff Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tiefziehgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geeigneter Spiegel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

