


Genderhinweis: Allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter.

## 5.2 Allgemeine Anforderungen an das Unternehmen

### 5.2.1 Berufsrechtliche Voraussetzungen

#### Betriebserlaubnis

**Prüfstelle**



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NAME**

Herr: Max Mustermann  
geboren am:  
in Musterhausen


\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ERLAUBNIS ZUM BETRIEB...**

**IN DEN RÄUMEN**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

mit Wirkung vom xx.xx.xxxx





#### Betriebserlaubnis (nur Apotheken)

Wichtig sind:

- Name des Inhabers
- Name der Betriebsstätte
- Anschrift der Betriebsstätte
- Siegel/Stempel/Unterschrift der Behörde
- Erteilungsdatum (gültig ab?)

### □ Gewerbeanmeldung

	<b>Gew A1</b>
<b>Gewerbeanmeldung</b>	
<b>Angaben zum Betriebsinhaber</b>	
<b>Name des Geschäftsführers</b>	
<b>Angaben zur Person</b>	
NAME _____	
_____	
<b>Angaben zum Betrieb</b>	
BETRIEBSSTÄTTE _____	
HAUPTNIEDERLASSUNG _____ _____	
AUSSTELLUNGSDATUM _____	UNTERSCHRIFT 
	STEMPEL  _____

### Gewerbeanmeldung oder HRA

Wichtig sind:

- Name des Inhabers/Geschäftsführers
- Name und Anschrift der Betriebsstätte (bei Filialen auch der Hauptbetriebsstätte)
- Siegel/Stempel/Unterschrift der Behörde
- Ausstellungsdatum

Kopie der Gewerbeanmeldung, sofern es sich um einen Gewerbebetrieb handelt



oder des Handelsregisterauszugs

oder der Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes (Handwerksrolle oder Industrie- und Handelskammer u. ä.)

oder Eigenerklärung bei Gewerbebetreibenden, die nicht zum Eintrag verpflichtet sind

oder Erklärung der Zugehörigkeit zu freien Berufen

☐ Handelsregisterauszug

<b>Handelsregister A Amtsgericht</b>	≡ ≡ ≡	≡ ≡ ≡
<div style="margin-bottom: 20px;"> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>FIRMA</b> <b>Geschäftsadresse</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> <div> <p><b>INHABER</b> <b>Adresse</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>AUSSTELLUNGSDATUM</b></p> <p>_____</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>UNTERSCHRIFT</b></p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>STEMPEL</b></p>  </div> </div>		

Handelsregister-  
auszug

**Wichtig sind:**

- Name des Inhabers/Geschäftsführers
- Name und Anschrift der Betriebsstätte  
(bei Filialen auch der Hauptbetriebsstätte)
- Siegel/Stempel/Unterschrift der Behörde
- Ausstellungsdatum

## 5.2.2 Gewerberechtliche Voraussetzungen

### ☐ Auszug aus dem Gewerbezentralregister

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datum: xx.xx.xxxx**

**Herr: Max Mustermann**  
geboren am:  
in Musterhausen

=====

**AUSZUG AUS DEM GEWERBEZENTRALREGISTER**  
nach § 150 GewO  
über Max Mustermann

=====

=====



### Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 GewO

Wichtig sind:

- Einzelunternehmen (z.B. e.K.) ausgestellt auf den Inhaber/Betriebsstätte
- Personengesellschaft (z.B. OHG) ausgestellt auf OHG oder jeden Geschäftsführer einzeln
- Ausstellungsdatum (nicht älter als 3 Monate bei Antragseingang AfP)

## 5.2.3 Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

### □ Versicherungsbestätigung

**Versicherung**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Versicherungsbestätigung

Sehr geehrte Damen und Herren,  
hiermit bestätigen wir Ihnen, dass für Ihre Firma bei unserer Gesellschaft  
eine **Betriebs-Haftpflichtversicherung** besteht.

**Vesichertes Risiko:** \_\_\_\_\_

**Betriebsstellen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Straße:  
Straße:  
Straße:  
Straße:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Personen- und Sachschäden**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vermögensschäden**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ausstellungsdatum xx.xx.xxxx**

  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

© AfP

### Bestätigung der Betriebshaftpflichtversicherung

**Wichtig sind:**

- Art der Versicherung (Betriebshaftpflicht)
- Risikort(e) (Name und Anschrift der Betriebsstätte)
- Versichertes Risiko: Abgabe von Hilfsmitteln
- Personen-, Sach-, Vermögensschäden (sind ausdrücklich aufgelistet)
- Ausstellungsdatum (nicht älter als 12 Monate bei Antragseingang AfP)

## 5.3 Organisatorische Voraussetzungen

### 5.3.3 Sicherstellung einer zeitnahen Verfügbarkeit von Produkten, Zubehör und Ersatzteilen

#### Eigenerklärung erforderlich

		Bitte schriftl. Eigenerklärung einreichen!			

© AfP

#### Selbstverpflichtung/Eigenerklärung zur Sicherstellung einer zeitnahen Verfügbarkeit von Produkten, Zubehör und Ersatzteilen

Eine Eigenerklärung muss immer eine Selbstverpflichtung für alle beantragten Hilfsmittel und eine individuelle Beschreibung des Verfahrens (was wird gemacht) und der Maßnahmen (wie wird es gemacht) enthalten.

Wichtig sind:

- Welche Maßnahmen führen Sie wie durch, um eine zeitnahe Verfügbarkeit sicherzustellen?
- Wie sichern Sie ggf. eine ausreichende Vorrats-/ Lagerhaltung oder kurzfristige Bezugsmöglichkeit?
- Gibt es Unterschiede nach Versorgungsbereich/Hilfsmittel?

© AfP

## 5.3.4 Sicherstellung der sachgerechten Instandhaltung und Reparaturen

### ☐ Eigenerklärung erforderlich

		Bitte Verfahrensbeschreibung einreichen			

© AfP

#### Selbstverpflichtung/Eigenerklärung zur Sicherstellung einer sachgerechten Durchführung von Instandhaltung und Reparaturen

Eine Eigenerklärung muss immer eine Selbstverpflichtung für alle beantragten Hilfsmittel und eine individuelle Beschreibung des Verfahrens (was wird gemacht) und der Maßnahmen (wie wird es gemacht) enthalten.

Wichtig sind:

- Welche Maßnahmen führen Sie wie (nach Herstellerangaben) durch?
- Bedienen Sie sich externer Dienstleister oder wird die Betriebsstätte selbst tätig?
- Gibt es Unterschiede nach Versorgungsbereich/Hilfsmittel?

## 5.3.5 Sicherstellung der fachgerechten Reinigung und Desinfektion

### □ Eigenerklärung erforderlich

		Bitte Verfahrensbeschreibung einreichen			

© AfP

#### Selbstverpflichtung/Eigenerklärung zur Sicherstellung einer fachgerechten und produkteigenen Reinigung und Desinfektion (Wiederaufbereitung)

Eine Eigenerklärung muss immer eine Selbstverpflichtung für alle beantragten Hilfsmittel und eine individuelle Beschreibung des Verfahrens (was wird gemacht) und der Maßnahmen (wie wird es gemacht) enthalten.

Wichtig sind:

- Wie führen Sie die Maßnahmen der KRiNKO-BfarM-Empfehlung durch, bezüglich der unten genannten Schritte
  - Sachgerechte Vorbereitung (z.B. Vorreinigung, Zerlegung ...)
  - Reinigung, Desinfektion, Spülung und Trocknung
  - Prüfung auf Sauberkeit und Unversehrtheit
  - Pflege und Instandsetzung
  - Funktionsprüfung
  - Ggfs. Kennzeichnung
  - Zonentrennung in unrein-rein-Lagerung (räumliche Trennung für die Lagerung von aufbereiteten und nicht aufbereiteten Medizinprodukten)
- Gibt es Unterschiede nach Versorgungsbereich/Hilfsmittel?



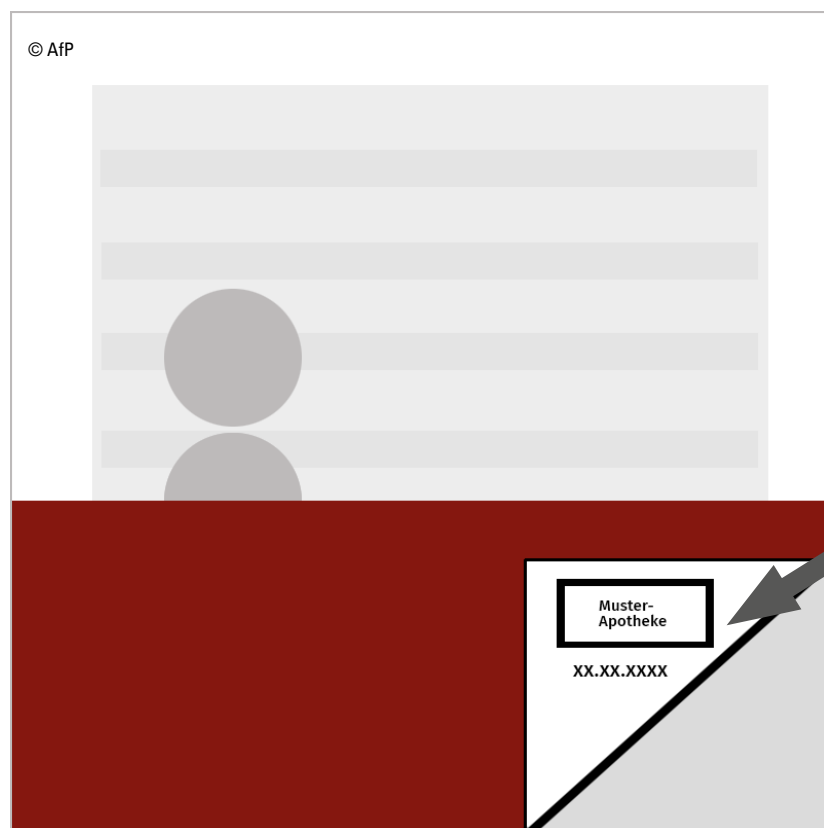
## 5.4 Räumliche Voraussetzungen

Die erforderlichen Nachweise der räumlichen Voraussetzungen, ergeben sich durch die Auswahl der Versorgungsbereiche durch den Leistungserbringer im Zertifizierungsantrag.

### Für alle Fotonachweise gelten die folgenden Anforderungen:

- » Fotonachweise können als Ausdruck (Farbe oder s/w) oder digital eingereicht werden.
- » Auf eine gute Bildqualität ist zu achten.
- » Alle Fotonachweise müssen der aktuellen Betriebsausstattung entsprechen und dürfen nicht älter als 3 Monate sein.
- » Die räumliche Umgebung muss auf den Foto-Nachweisen erkennbar sein (keine Nahaufnahmen).
- » Nachweise bei denen eine Maßangabe überprüft werden muss, sind mit Zollstock zu fotografieren.
- » Die Beschriftung der Fotonachweise mit Stempel/Betriebsstätte und Datum erforderlich.

Abb. 1



### Foto Rückseite:

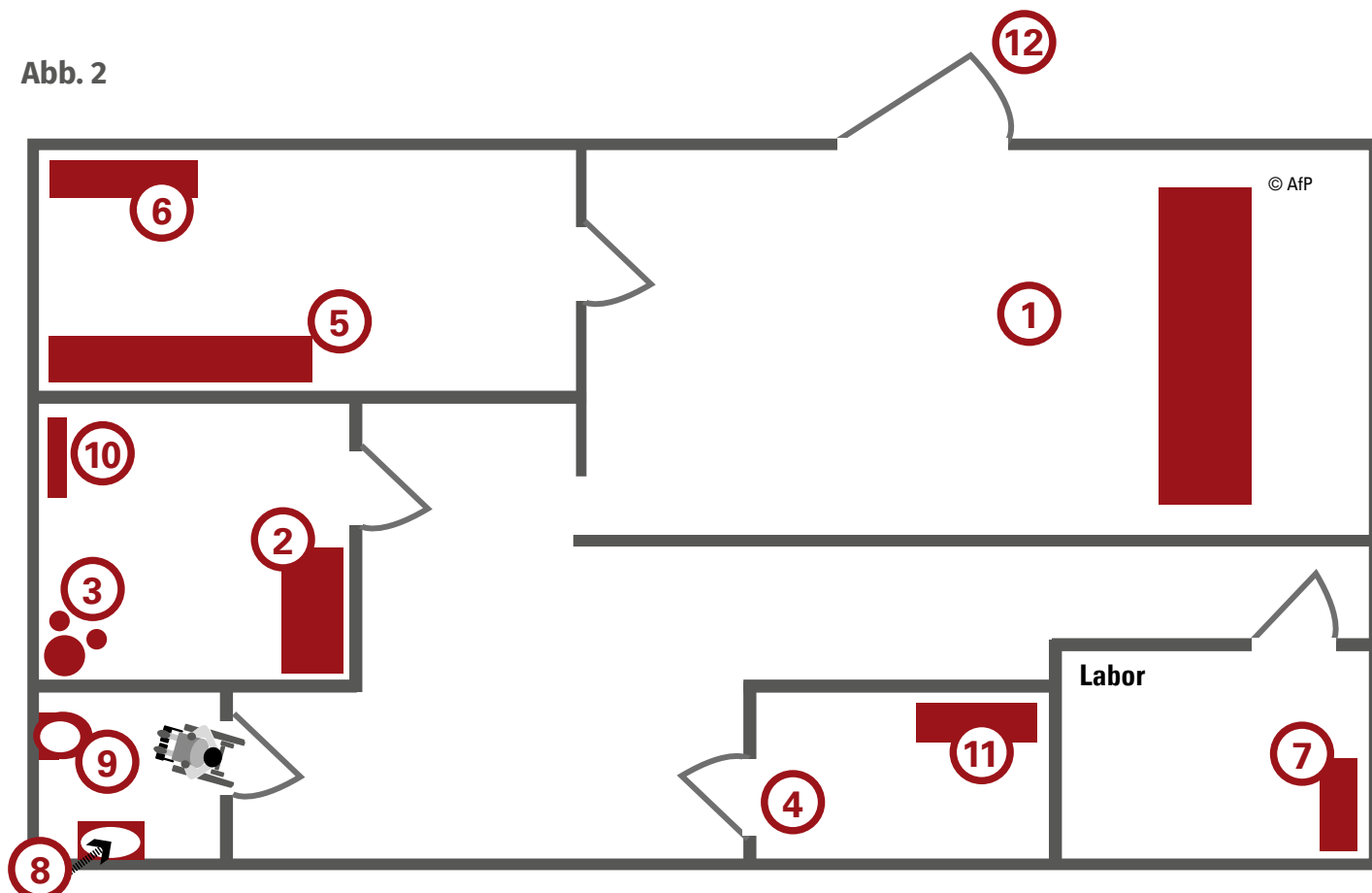
Alle Fotos mit Stempel der Betriebsstätte und Datum versehen

## 5.4.1a Grundrisskizze/Raumskizze

### ☐ Kopie der Grundrisskizze/Raumskizze

Die Positionen aller Fotonachweise (der räumlichen Voraussetzungen) müssen eingezeichnet sein. Es muss nachvollzogen werden können, wo sich die einzelnen Bereiche innerhalb der Betriebsstätte befinden. Vorhandene Wände/Türen/Fenster müssen ersichtlich sein.

Abb. 2



- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| ① Empfangs- und Verkaufsraum                             | ⑦ unreine Seite                |
| ② Liege (im akustisch/optisch abgegr. Bereich)           | ⑧ Waschbecken                  |
| ③ Sitzmöglichkeit (im akustisch/optisch abgegr. Bereich) | ⑨ Behindertengerechte Toilette |
| ④ Werkstattraum  | ⑩ Spiegel                      |
| ⑤ Lagermöglichkeit                                       | ⑪ Werkbank                     |
| ⑥ reine Seite  | ⑫ Behindertengerechter Zugang  |

## 5.4.1.b Verkaufs- und Empfangsbereich

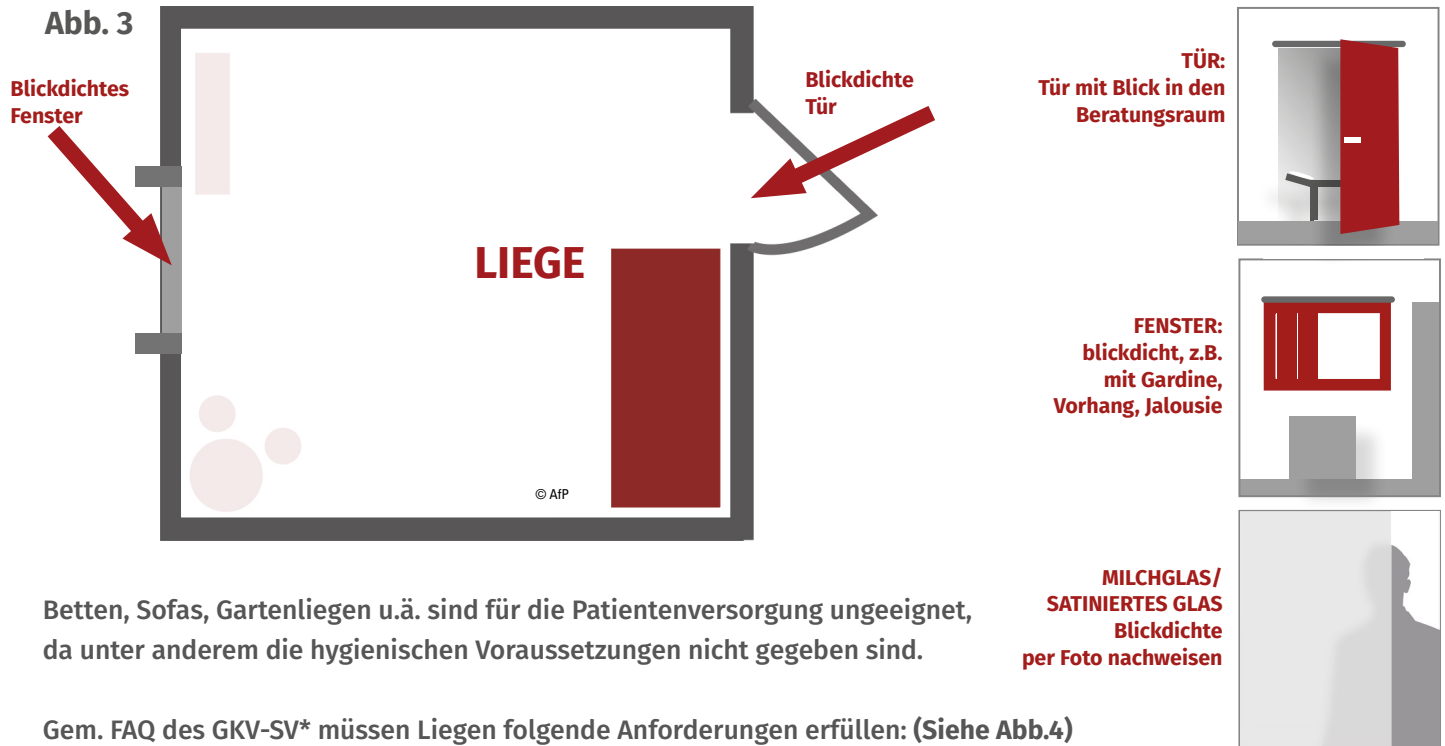
### ☐ Fotonachweis/e erforderlich

Verkaufs- und Empfangsbereich in dem der Kunde empfangen wird

## 5.4.2 Liege im akustisch/optisch abgegrenzten Bereich

### ☐ Fotonachweis/e erforderlich

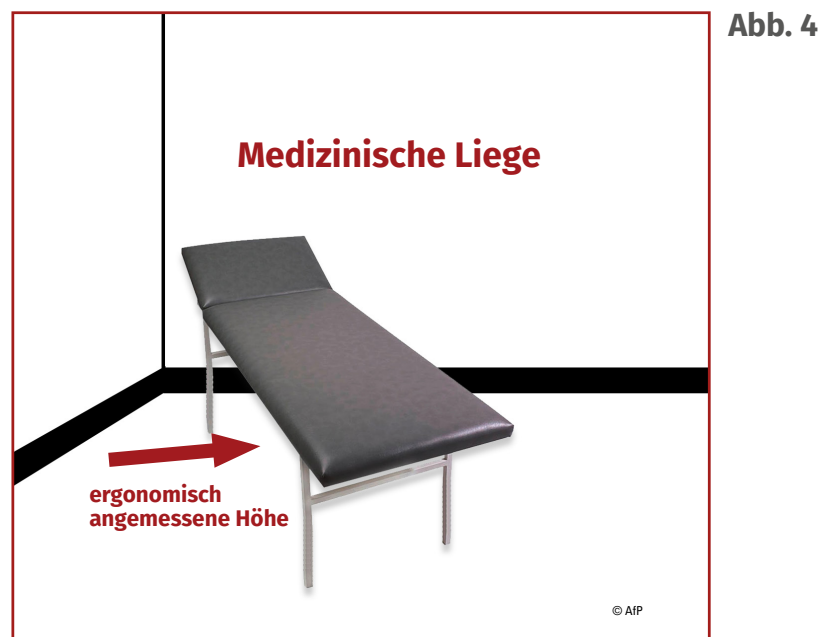
Die akustische/optische Abgrenzung muss auf den Fotos nachgewiesen werden. Alle Türen, Fenster und Glasflächen müssen durchgehend blickdicht sein, z. B. über eine Gardine/Vorhang oder Jalousie verfügen. Alle Türen und Fenster des Raums, müssen auf den Fotonachweisen ersichtlich sein und im Grundriss deklariert werden.



Betten, Sofas, Gartenliegen u.ä. sind für die Patientenversorgung ungeeignet, da unter anderem die hygienischen Voraussetzungen nicht gegeben sind.

Gem. FAQ des GKV-SV\* müssen Liegen folgende Anforderungen erfüllen: (Siehe Abb.4)

- » Person mit durchschnittlicher Größe muss sich vollständig auf die Liege legen können
- » Ergonomisch angemessene Arbeitshöhe muss gewährleistet sein
- » Liege muss mindestens von zwei Seiten erreichbar sein



\*Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, satzungsgemäß im Rechts- und Geschäftsverkehr GKV-Spitzenverband, ist seit dem 1. Juli 2008 der bundesweite Verband der Krankenkassen in Deutschland.

## 5.4.3 Sitzmöglichkeit im akustisch/optisch abgegrenzten Bereich

### □ Fotonachweis/e erforderlich

Die akustische/optische Abgrenzung muss auf den Fotos nachgewiesen werden. Alle Türen, Fenster und Glasflächen müssen durchgehend blickdicht sein, z. B. über eine Gardine/Vorhang oder Jalousie verfügen. Alle Türen und Fenster des Raums, müssen auf den Fotonachweisen ersichtlich sein und im Grundriss deklariert werden.

**Akustisch/optische Abgrenzung muss nachgewiesen werden!**

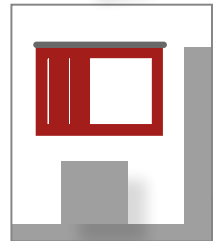


Abb. 5

**TÜR:**  
Tür mit Blick in den  
Beratungsraum



**FENSTER:**  
blickdicht, z.B.  
mit Gardine,  
Vorhang, Jalousie



**MILCHGLAS/  
SATINIERTES GLAS**  
Blickdichte  
per Foto nachweisen



**Stabiler Stuhl erforderlich!**  
Kein Schwingstuhl,  
kein Drehstuhl,  
kein Barhocker



© AfP 2019

## 5.4.4 Werkstatttraum mit Arbeitsplatz für Anpassungen und Zurüstung von Hilfsmitteln

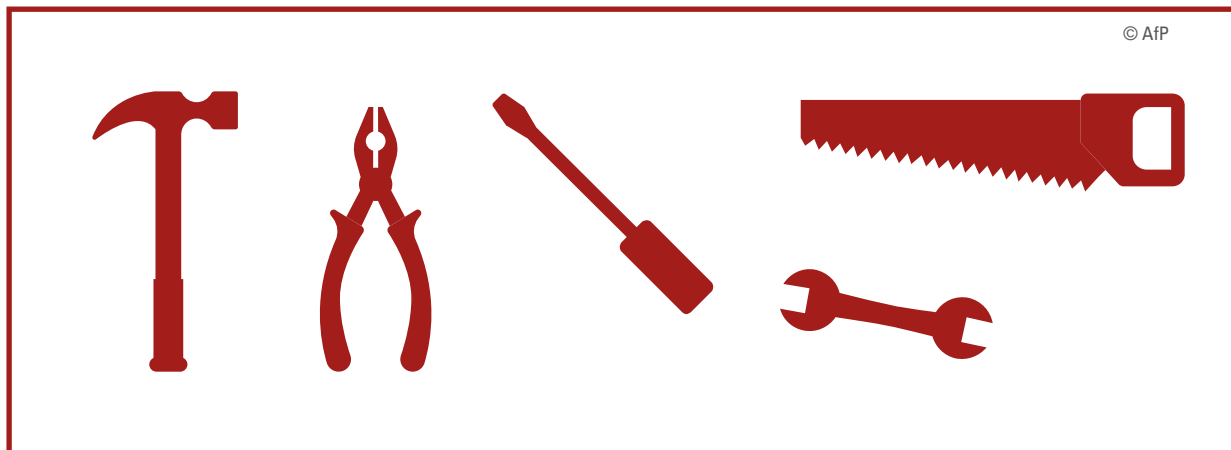
### Fotonachweis/e erforderlich

Werkstatttraum mit Arbeitsplatz innerhalb der Betriebsstätte (gem. Raumskizze)

Abb. 6



Abb. 7 Arbeitsplatz für Anpassung und Zurüstung von Hilfsmitteln



## 5.4.5 Lager- und Transportmöglichkeit gemäß Herstellervorgaben

### □ Erforderliche Nachweise

Es müssen a) Fotonachweise, b) Eigenerklärung und c) Temperaturprotokoll vorliegen!

### 5.4.5a Fotonachweise

Auf dem Fotonachweis muss ersichtlich sein:

#### » Räumliche Umgebung

Bitte keine Nahaufnahmen der Lagerflächen einreichen, um eine Bewertung der Umgebungsbedingungen z.B. bezüglich Trockenheit, Licht und ausreichender Lagerfläche zu ermöglichen.

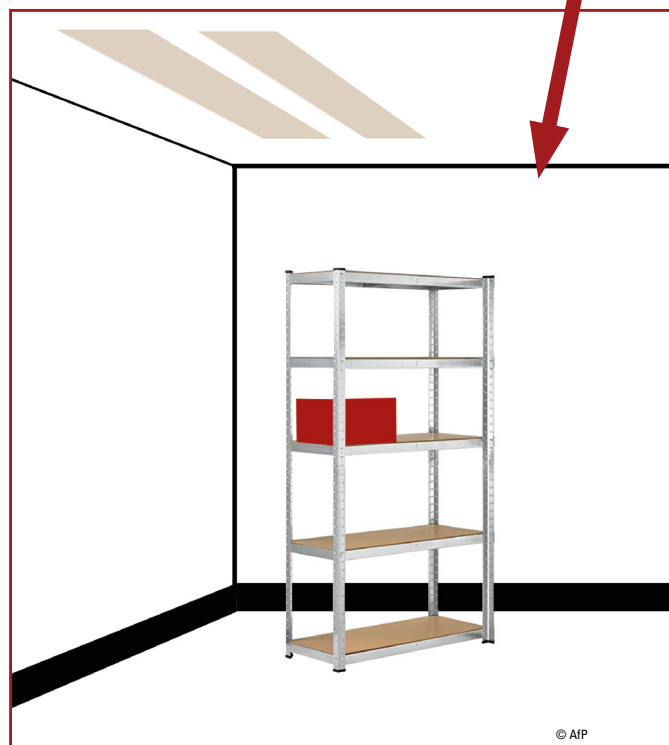
#### » Ausreichende Größe der Lagerfläche

Die Lagerfläche muss die Lagerung **aller** beantragten Hilfsmittel ermöglichen. Bitte berücksichtigen Sie die Größe der Hilfsmittel: Vor allem bei Gehhilfen, Rollstühlen und Inkontinenzprodukten usw.

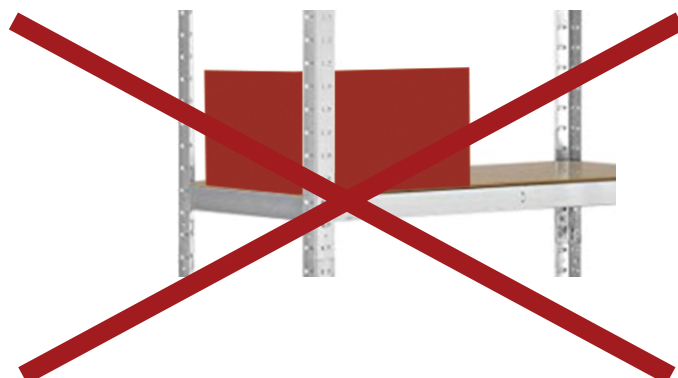
Keine Nahaufnahmen der Lagerflächen.

Die **räumliche Umgebung** muss erkennbar sein!

Abb. 8



KEINE NAHAUFNAHME



In der Eigenerklärung muss ersichtlich sein:

» **Selbstverpflichtung, dass die Herstellervorgaben eingehalten werden**

(z.B. Ich stelle sicher, dass...)

» **Individuelle Beschreibung der Maßnahmen**

- Gibt es Unterschiede bei den verschiedenen Versorgungsbereichen oder bei der Lagerung von bestellten Hilfsmitteln und bevorrateten Hilfsmitteln?
- Wie erfolgt z.B. die Lagerung und der Transport (z.B. Botenlieferung) unter Berücksichtigung der Herstellervorgaben in Bezug auf Temperatur?
- Bitte beschreiben Sie die Messmethode und die Maßnahmen (z.B. Kühlbox) und wie am Wochenende und an Feiertagen die Temperatur innerhalb der Betriebsstätte sichergestellt wird.
- Wie erfolgt z.B. die Lagerung und der Transport unter Berücksichtigung der Herstellervorgaben in Bezug auf Hygiene? Bitte beschreiben Sie die Maßnahmen.

» **Datum/Unterschrift des Antragsstellers**

auf allen separat eingereichten Schriftstücken, außerhalb des Antragsformulars

Um die Lager- und Transportmöglichkeit für Hilfsmittel unter Umgebungsbedingungen gemäß den Empfehlungen des Herstellers sicherzustellen, ist eine schriftliche Selbstverpflichtung inkl. Verfahrensbeschreibung und Beschreibung der durchzuführenden Maßnahmen erforderlich. Diese muss selbst formuliert und den individuellen betrieblichen Gegebenheiten entsprechen.

		Bitte Verfahrensbeschreibung einreichen			

## 5.4.5c Temperaturprotokoll

Im Protokoll muss ersichtlich sein:

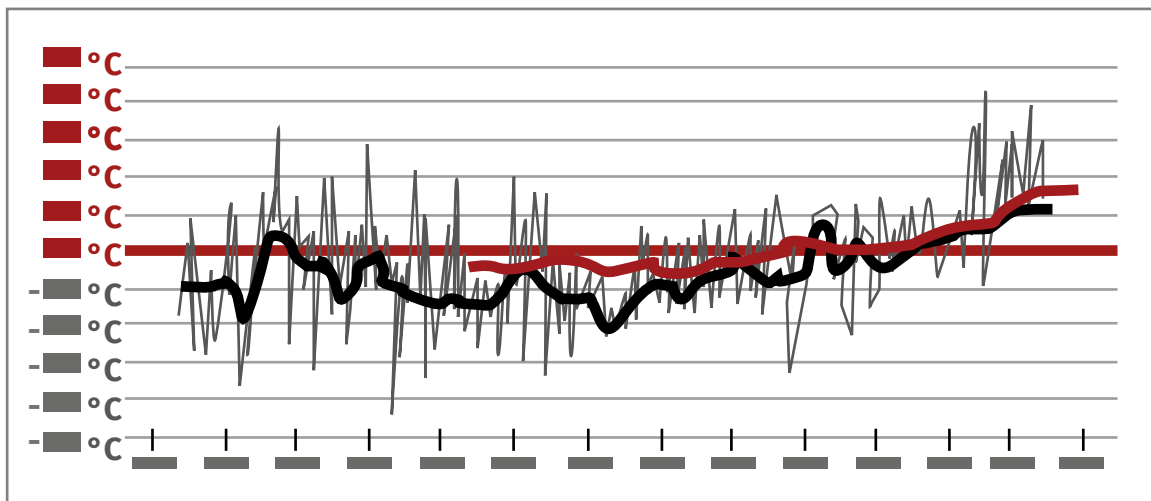
» Temperaturkontrolle erfolgt 24 Stunden/tägl., an mindestens 7 aufeinanderfolgenden Tagen, auch am Wochenende und an Feiertagen

Es muss sichergestellt werden, dass die Temperatur im Lager kontinuierlich gemäß den Herstellervorgaben kontrolliert wird.

Folgender Nachweis kann z.B. eingereicht werden:

- Protokoll der kontinuierlichen Temperaturkontrolle, z.B. eines digitalen Raumthermometers/ Aufzeichnungs-Thermometers, an mindestens 7 aufeinanderfolgenden Tagen

schematische Darstellung





## 5.4.6 Räumliche Trennung der Lageflächen für noch nicht hygienisch aufbereitete Produkte

### Unreine Seite

#### Fotonachweis/e erforderlich

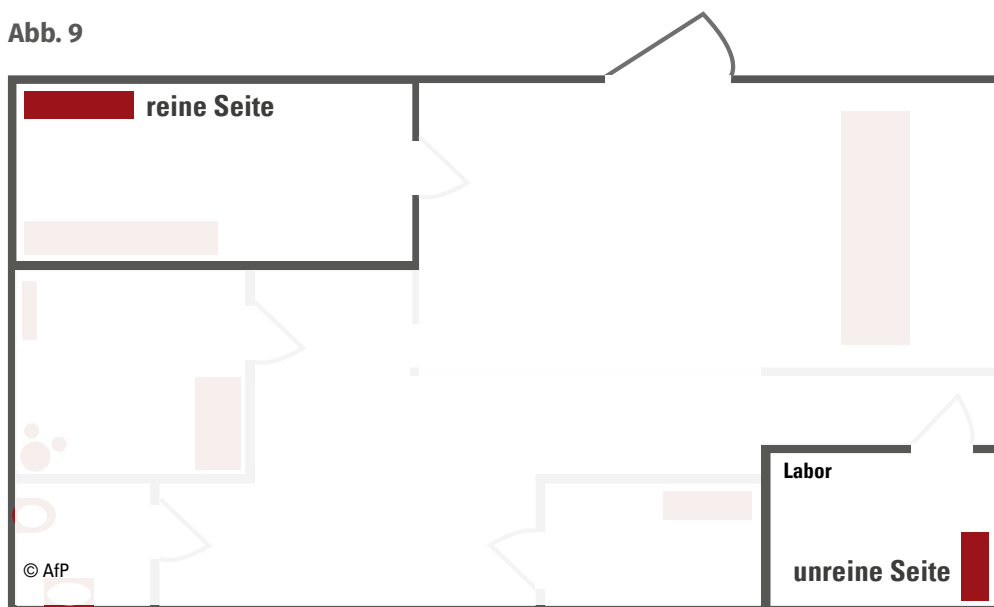
- » Bereich oder Lagerfläche für die kurzfristige Lagerung von nicht aufbereiteten Hilfsmitteln (vor der Reinigung/Desinfektion).
- » Reine und unreine Seite müssen deutlich räumlich getrennt sein. Um eine Verwechslung und/oder Kontamination auszuschließen, dürfen sie nicht übereinander oder nebeneinander angeordnet sein, besser 2 Räume (siehe Beispiel Grundriss Abb.9).

### Reine Seite

### Fotonachweis/e erforderlich

- » Bereich oder Lagerfläche für die Lagerung von aufbereiteten Hilfsmitteln (nach der Reinigung/Desinfektion).
- » Reine und unreine Seite müssen deutlich räumlich getrennt sein. Um eine Verwechslung und/oder Kontamination auszuschließen, dürfen sie nicht übereinander oder nebeneinander angeordnet sein, besser 2 Räume (siehe Beispiel Grundriss Abb. 9).

Abb. 9



## 5.4.7 Handwaschbecken

### Fotonachweis/e erforderlich

Handwaschbecken innerhalb der Betriebsräume zur Nutzung durch den Versicherten

### □ Fotonachweis/e erforderlich

#### Informationen zum Bezug neuer Räumlichkeiten (Neu- /Altbetrieb) gemäß GKV-SV:

Betriebe, die nach dem 31. Dezember 2010 nachweislich gegründet wurden, gelten als Neubetriebe. Diese Regelung gilt für alle Betriebsstätten, die ab dem 01 Juli 2015 erstmalig präqualifiziert werden. Zur Prüfung durch die Präqualifizierungsstellen, ob es sich um einen Altbetrieb oder einen Neubetrieb handelt, werden folgende Dokumente herangezogen: Gewerbeanmeldung oder Eintrag in die Handwerksrolle oder Handelsregisterauszug oder Apothekenerlaubnis. Als Nachweis eines Altbetriebs gilt auch eine bereits ausgestellte Präqualifizierungsbestätigung/-zertifikat.

Neubetrieb/Erstbezug in diesem Sinne liegt auch bei einem Inhaberwechsel (Betriebsübernahme) vor, und zwar auch dann, wenn es sich um eine Betriebsnachfolge innerhalb der Familien handelt. Hierzu gehört ferner auch die Verlegung der Geschäftsräume in Räumlichkeiten eines bereits vorher bestehenden Betriebs.

Die Einstufung als Altbetrieb erfordert den Nachweis der oben genannten Unterlagen durch den Leistungserbringer.

Für Neubetriebe (siehe Information oben) bestehen drei Optionen um den Nachweis eines behindertengerechten Zugangs zu erbringen.

**Alle Anforderungen müssen entsprechend der gewählten Option nachgewiesen werden, Maßangaben sind mit Zollstock zu belegen.**

**Siehe im Folgenden Option 1 – 3**

## 5.4.8 Option 1

### Behindertengerechter Zugang gem. GKV-SV-Anforderungen

#### Fotonachweis/e erforderlich

Folgende Kriterien des behindertengerechten Zugangs gem. GKV-SV müssen vollständig, Maßangaben mit Zollstock, nachgewiesen werden:

- » Türen müssen eine lichte Breite von mindestens 90 cm haben. Untere Türanschläge und Türschwellen sind grundsätzlich zu vermeiden.
- » Soweit sie unbedingt erforderlich sind, müssen geeignete Rampen zur Verfügung stehen.
- » Der Türdrücker sollte in 85 cm Höhe angebracht sein.

## 5.4.8 Option 2

### Feststehende oder mobile Rampe

#### Fotonachweis/e von Rampe erforderlich

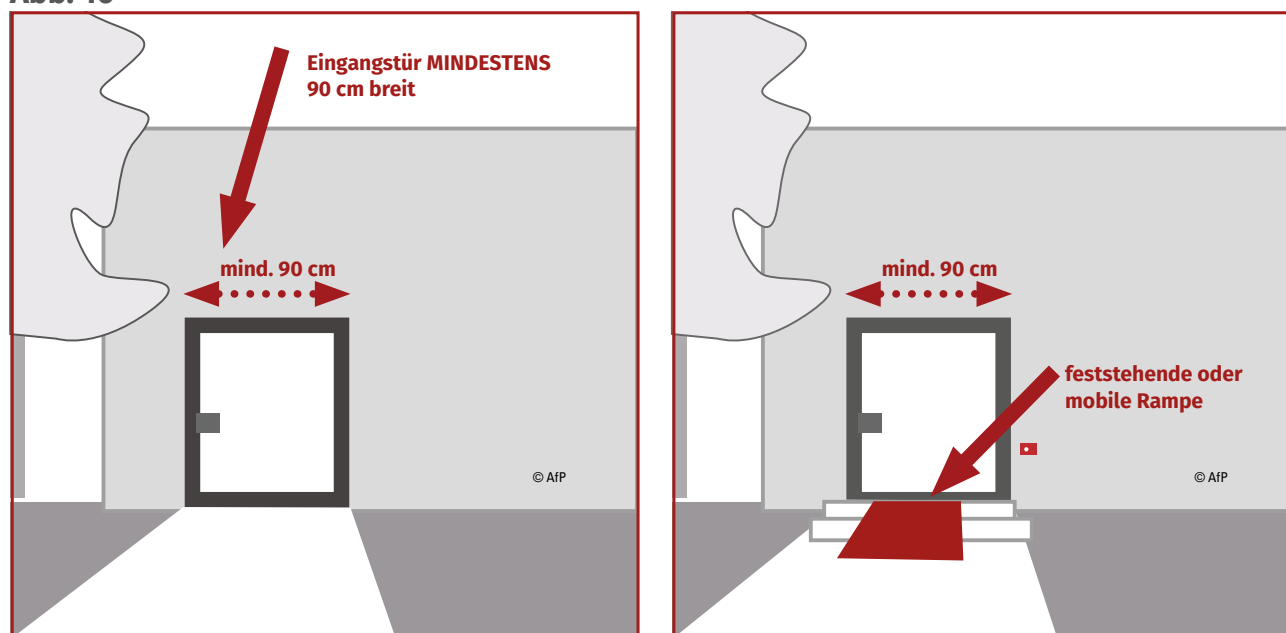
## 5.4.8 Option 3

### Bescheinigung/Gutachten eines Bausachverständigen

#### Kopie der Bescheinigung eines geeigneten Bausachverständigen oder vereidigten Gutachters erforderlich

Der Bausachverständige muss schriftlich bestätigen und begründen, dass der Ein-/Umbau eines behindertengerechten Eingangs aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich ist.

Abb. 10



## 5.4.9 Behindertengerechte Toilette

### ☐ Fotonachweis/e erforderlich

Informationen zum Bezug neuer Räumlichkeiten (Neu- /Altbetrieb) laut Empfehlung des GKV-SV:

Betriebe, die nach dem 31. Dezember 2010 nachweislich gegründet wurden, gelten als Neubetriebe. Diese Regelung gilt für alle Betriebsstätten, die ab dem 01 Juli 2015 erstmalig präqualifiziert werden. Zur Prüfung durch die Präqualifizierungsstellen, ob es sich um einen Altbetrieb oder einen Neubetrieb handelt, werden folgende Dokumente herangezogen: Gewerbeanmeldung oder Eintrag in die Handwerksrolle oder Handelsregisterauszug oder Apothekenerlaubnis. Als Nachweis eines Altbetriebs gilt auch eine bereits ausgestellte Präqualifizierungsbestätigung/-zertifikat.

Neubetrieb/Erstbezug in diesem Sinne liegt auch bei einem Inhaberwechsel (Betriebsübernahme) vor, und zwar auch dann, wenn es sich um eine Betriebsnachfolge innerhalb der Familien handelt. Hierzu gehört ferner auch die Verlegung der Geschäftsräume in Räumlichkeiten eines bereits vorher bestehenden Betriebs.

Die Einstufung als Altbetrieb erfordert den Nachweis der oben genannten Unterlagen durch den Leistungserbringer.

**Für Neubetriebe (siehe Information oben) bestehen drei Optionen um den Nachweis einer behindertengerechten Toilette zu erbringen. Alle Anforderungen müssen entsprechend der gewählten Option nachgewiesen werden, Maßangaben sind mit Zollstock zu belegen.**

**Siehe im Folgenden Option 1 – 3**

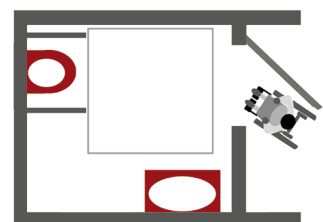
## Option 1 siehe Abb. 12

### Behindertengerechte Toilette gem. GKV-SV-Anforderungen INNERHALB DER BETRIEBSRÄUME

### ☐ Fotonachweis/e erforderlich

Folgende Kriterien der behindertengerechten Toilette gem. GKV-SV müssen vollständig, Maßangaben mit Zollstock, nachgewiesen werden:

- » Die Tür darf nicht in den Sanitärraum schlagen
- » Die Tür des Sanitärraums muss abschließbar und im Notfall von außen zu entriegeln sein
- » Die Tür des Sanitärraums muss eine lichte Breite von mindestens 90 cm haben
- » Bewegungsfläche für Rollstuhlnutzer mindestens 120 cm x 120 cm
- » Beinfreiraum unter dem Waschtisch
- » Sitzhöhe des Klosettbeckens (einschließlich Sitz) 46 - 48 cm (Zollstock muss komplett ersichtlich sein, vom Boden bis zur Sitzhöhe)
- » Klappbare Haltegriffe auf jeder Seite des Klosettbeckens, die 15 cm über die Vorderkante des Beckens hinausragen und in der waagerechten und senkrechten Position selbsttätig arretieren
- » Notruf (Schalter/Knopf oder Zugschnur)



## Option 2 siehe Abb. 12

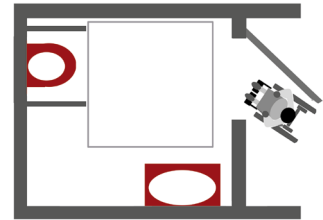
### Nutzungsvereinbarung für eine behindertengerechte Toilette gem. GKV-SV IN DER UNMITTELBAREN RÄUMLICHEN UMGEBUNG der Betriebsstätte

#### **Kopie der Nutzungsvereinbarung erforderlich**

Öffentliche Toiletten entsprechen nicht den Anforderungen des GKV-SV und können somit nicht als Nachweis anerkannt werden

#### **Fotodokumentation des barrierefreien Zugangs erforderlich**

Fotodokumentation des Weges von der Betriebsstätte bis zur behindertengerechten Toilette (Toilette muss sich in unmittelbarer Nähe oder demselben Gebäude befinden)



#### **Fotonachweis/erforderlich**

Folgende Kriterien der behindertengerechten Toilette gem. GKV-SV müssen vollständig, Maßangaben mit Zollstock, nachgewiesen werden:

- » Die Tür darf nicht in den Sanitärraum schlagen
- » Die Tür des Sanitärraums muss abschließbar und im Notfall von außen zu entriegeln sein
- » Die Tür des Sanitärraums muss eine lichte Breite von mindestens 90 cm haben
- » Bewegungsfläche für Rollstuhlnutzer mindestens 120 cm x 120 cm
- » Beinfreiraum unter dem Waschtisch
- » Sitzhöhe des Klosettbeckens (einschließlich Sitz) 46 - 48 cm (Zollstock muss komplett ersichtlich sein, vom Boden bis zur Sitzhöhe)
- » Klappbare Haltegriffe auf jeder Seite des Klosettbeckens, die 15 cm über die Vorderkante des Beckens hinausragen und in der waagerechten und senkrechten Position selbsttätig arretieren
- » Notruf (Schalter/Knopf oder Zugschnur)

## Option 3 siehe Abb. 13

### Bescheinigung/Gutachten eines Bausachverständigen und Ausstattung der vorhandenen Toilette innerhalb der Betriebsräume MIT EINER MINDESTAUSSTATTUNG

#### **Kopie des Gutachtens eines geeigneten Bausachverständigen oder vereidigten Gutachters (z.B. Architekt, Bauingenieur, Innenarchitekt, Maurermeister, o.ä.) erforderlich.**

Der Bausachverständige muss schriftlich bestätigen und begründen, dass der Ein-/Umbau einer behindertengerechten Toilette aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich ist.

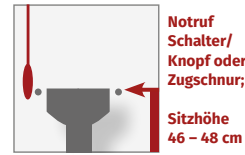
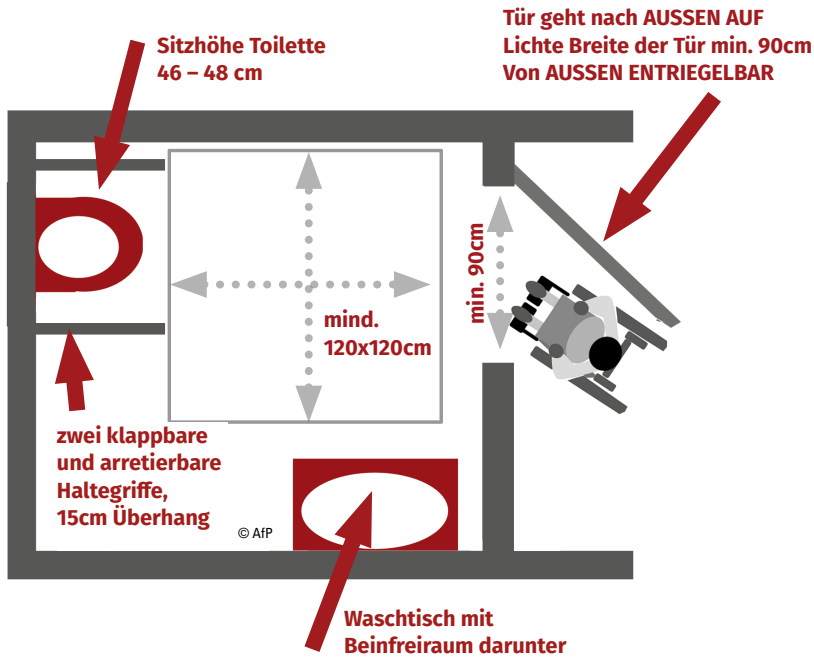


#### **Fotonachweis/erforderlich**

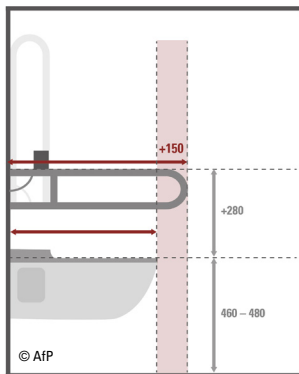
Ausstattung der vorhandenen Toilette innerhalb der Betriebsräume:

- » 46 – 48 cm Sitzhöhe (ggf. durch Toilettensitzerhöhung) (Zollstock muss komplett ersichtlich sein, vom Boden bis zur Sitzhöhe)
- » Haltegriffe (nach baulichen Gegebenheiten/Möglichkeiten)
- » Notruf (Schalter/Knopf oder Zugschnur)

Abb. 12 zu Option 1 + 2



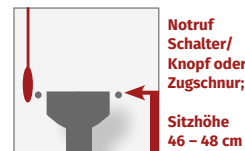
© AfP



Auf den Fotonachweisen muss ersichtlich sein:

- Griffe ragen 15 cm über die Vorderkante des Beckens hinaus
- Fotonachweise mit Zollstock erforderlich (z.B. Länge der Toilette und Länge der beiden Griffe, Zollstock muss von der Wand bis zur Kante der Griffe/Toilette komplett ersichtlich sein)
- Griffe arretieren in der waagerechten und senkrechten Position selbsttätig.

Abb. 13 zu Option 3



© AfP

## 5.5 Sachliche Voraussetzungen

Die erforderlichen Nachweise der sachlichen Voraussetzungen, ergeben sich durch die Auswahl der Versorgungsbereiche durch den Leistungserbringer im Zertifizierungsantrag.

### 5.5.2 Geeigneter Spiegel zur Hilfsmittelanpassung

#### □ Fotonachweis/e erforderlich

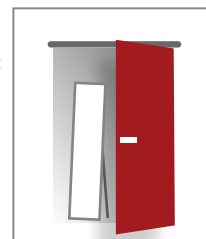
Es wird ein geeigneter Ganzkörperspiegel im akustisch und optisch abgegrenzten Beratungsraum mit Liege und/oder Sitzmöglichkeit vorausgesetzt. Alternativ ist ein transportabler Spiegel (mind. DIN A4-Format) möglich.

Abb. 14

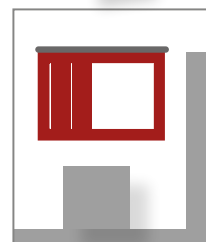
#### Akustisch/optische Abgrenzung muss nachgewiesen werden!



**TÜR:**  
Tür mit Blick in den Beratungsraum



**FENSTER:**  
blickdicht, z.B. mit Gardine, Vorhang, Jalousie



**MILCHGLAS/ SATINIERTES GLAS**  
Blickdichte per Foto nachweisen



**Stabiler Stuhl erforderlich!**  
Kein Schwingstuhl,  
kein Drehstuhl,  
kein Barhocker



© AfP 2019

### □ Materialkarten

Fotonachweis/e erforderlich



Abb. 15

**Materialkarten oder Musterringe  
(Farbe, Dichte, Wellung)**

### Friseurübliches Handwerkzeug

□ Fotonachweis/e erforderlich

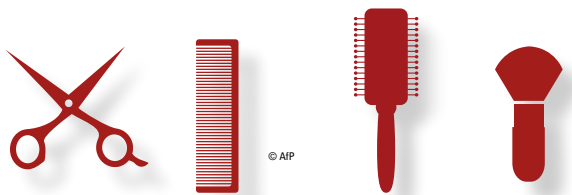


Abb. 16

**Friseurübliches Handwerkzeug**

### Inventarliste

□ Fotonachweis/e erforderlich




	<b>Dampfgerät</b> Typbez. _____ ✓ Seriennr. _____
	<b>Lockenstab</b> Typbez. _____ ✓ Seriennr. _____
	<b>Trockengerät</b> Typbez. _____ ✓ Seriennr. _____

Abb. 17

**Inventarliste mit Typbezeichnung  
und Seriennummer**



Fotonachweis/e erforderlich

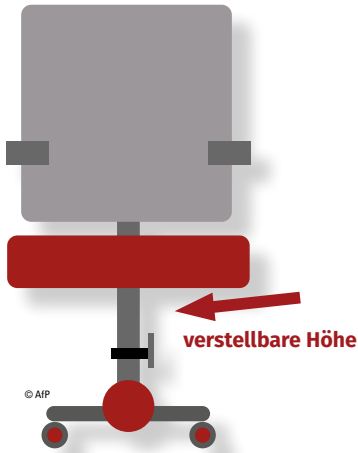


Abb. 18  
höhenverstellbarer Friseurstuhl

## Postichköpfe

Fotonachweis/e erforderlich

Postichköpfe in vier verschiedenen Größen (extrem klein, klein, mittel, gross) zwischen 50-60 cm

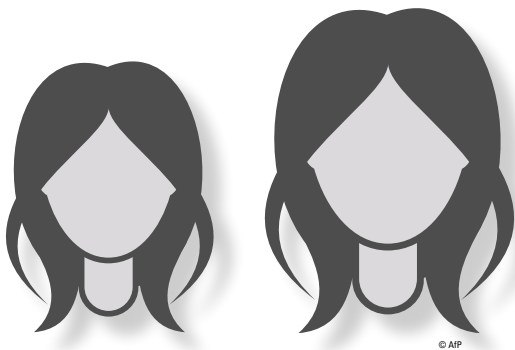


Abb. 19



Höhenverstellbarer Boden- oder Tischständer für Postichköpfe

## Lockenstäbe für Echt- und Synthetikkaar

Fotonachweis/e erforderlich

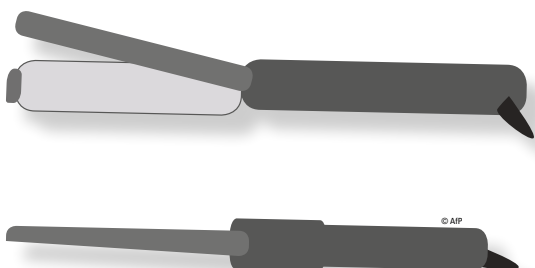


Abb. 20  
Lockenstäbe

### ☐ Fotonachweis/e erforderlich

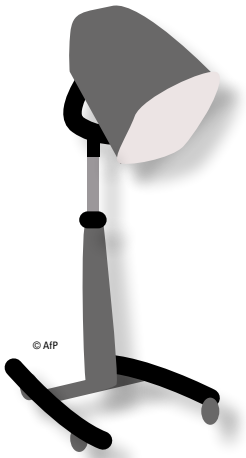


Abb. 21

Dampf- und Trockengeräte

### ☐ Abdruckmaterial für Sonderanfertigungen

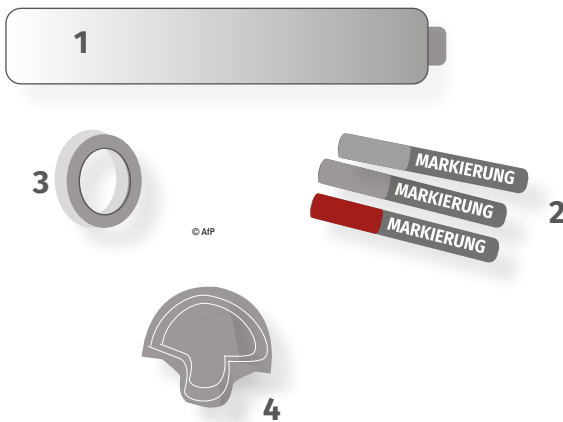


Abb. 22

Abdruckset für Schablone

1. Stretchfolie für Schablone
2. Set Spezial-Markierungsstifte
3. Spezial-Kleberolle
4. Schablone