

**Betriebsbegehungsprotokoll**  
**zum Versorgungsbereich *Hörhilfen***  
**(Versorgungsbereich 13A)<sup>1</sup>**

**1. Unternehmen/Betriebsstätte**

Firmenname -----

Anschrift des  
Unternehmens -----  
(Straße)

-----  
(PLZ, Ort)

Kontaktdaten -----  
(Telefon, Telefax)

-----  
(E-Mailadresse)

Rechtsform             Einzelunternehmen             OHG  
                              GmbH                                 GmbH & Co. KG  
                              -----

Institutionskennzeichen -----

**2. Bei Betriebsstätten Angabe zum Hauptbetrieb**

Anschrift wie oben             ja                                         nein

Firmenname des  
Hauptbetriebs -----

Anschrift des  
Hauptbetriebs -----  
(Straße)

-----  
(PLZ, Ort)

Institutionskennzeichen -----

<sup>1</sup> Der / die Versorgungsbereich(e) und Bezeichnungen beziehen sich auf die Empfehlungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V

### 3. Angaben zur begehenden Stelle

Name der ausführenden  
Stelle

-----

Anschrift der ausführen-  
den Stelle

-----  
(Straße)

-----  
(PLZ, Ort)

Ggf. Institutionskennzeichen

-----

Name der Person, die  
die Betriebsbegehung  
durchgeführt hat

-----

Qualifikation der Person,  
die die Betriebsbegehung  
durchgeführt hat

-----

Kontaktdaten

-----  
(Telefon, Telefax)

-----  
(E-Mailadresse)

## 4. Prüfkriterien

### I. Räumliche Voraussetzungen

- Mietvertrag oder Grundbuchauszug in einfacher Kopie (Angaben und Inhalte, die für den Nachweis der Erfüllung der räumlichen Voraussetzungen nicht relevant sind, können geschwärzt werden).  ja  nein
- Verkaufs-/Empfangsbereich  ja  nein
- 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

### II. Inventar

#### a) Anpassraum

- maximaler Störschallpegel  $\leq 40$  dB/A  ja  nein
- Ton- und Sprachaudiometer mit mind. zwei Freifeldlautsprechern  ja  nein  
Typ: \_\_\_\_\_  
Seriennr.: \_\_\_\_\_
- Messbox  ja  nein  
Typ: \_\_\_\_\_  
Seriennr.: \_\_\_\_\_
- Insitu-Anlage  ja  nein  
Typ: \_\_\_\_\_  
Seriennr.: \_\_\_\_\_
- Programmiereinheit zum Programmieren von digitalen Hörgeräten mit Programmierschnittstelle  ja  nein  
Typ: \_\_\_\_\_  
Seriennr.: \_\_\_\_\_

## b) Otoplastikarbeitsplatz/Arbeitsplatz für Reparaturen

Dental- oder Poliermaschine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Poliermaterialien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diverse Arbeitsschutzmaterialien (z. B. Schutzbrille, Mundschutz, Gehörschutz)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlauchweitezange	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bohrer in unterschiedlichen Größen und Arten (z. B. Spiral- bzw. Rosenbohrer)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fräser (quergeriefte Birnen- und Spitzfräser)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Druck-/Spindelspritze und/oder Injektorpistole	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlauchmaterial mit verschiedenen Durchmessern und Wandstärken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Klebstoffe, Lösungsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lacke	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Otoplastikwinkel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lichtgerät/UV Lichthärtungsgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Materialien und Werkzeuge zum Herstellen von Rohlingen für Ohrabformungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Abdruckmaterialien und -geräte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Otoskop inkl. diverse Trichter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pinzettensortiment und Backenpinzette	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leuchtstab	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lötstation (inkl. Lötzinn, Entlötlitze)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Reinigungs- und Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tamponade	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ultraschallbad	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

