

Dokument	Revision	Gültig ab	Seite
FM 7.2-002	17	15.05.2024	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	17	15.05.2024	2 von 21

4. Fachliche(r) Leiter(-in)

Kürzel	Vorname	Nachname	Berufsbezeichnung (Bitte Qualifikationsnachweis beifügen)

Bitte beachten Sie die zwei wichtigen Anmerkungen und Hinweise:

1. 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
2. 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:

- a) Spalte 1 Bitte kreuzen Sie die gewünschten Versorgungsbereiche an.
- b) 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.
- c) 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	17	15.05.2024	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	17	15.05.2024	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	17	15.05.2024	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	17	15.05.2024	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	17	15.05.2024	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	17	15.05.2024	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 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
<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"/>	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	17	15.05.2024	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	17	15.05.2024	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	17	15.05.2024	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	17	15.05.2024	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	17	15.05.2024	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	17	15.05.2024	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	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	17	15.05.2024	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	17	15.05.2024	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	17	15.05.2024	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 30.29.02.0 30.34.02.0-2 30.99.99.0-1	Insulin-Kunststoffspritzen 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 17.06.06 31.03.01-06	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	17	15.05.2024	18 von 21

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	KFL	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					am Standort	vor Ort beim Kunden	an beiden Orten		
		31.99.99							
<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
<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	17	15.05.2024	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"/>	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
<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	17	15.05.2024	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"/>	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

Präqualifizierung nach § 126 SGB V - Stammdatenbogen Leistungserbringer



Dokument	Revision	Gültig ab	Seite
FM 7.2-002	17	15.05.2024	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