**Formular Qualitätsvereinbarung Rollstuhlversorgung:**

**🗆 (1) Gesuch um Aufnahme auf das Verzeichnis der Vertragslieferanten**

**🗆 (2) Folgedeklaration zur Abgabe von Rollstühlen**

**🗆 (3) Begehung und Besichtigung eines Betriebs (Audit)**



Firmenname:

Strasse / Nr.:

Postleitzahl / Ort:

Telefon / Fax /

E-Mail / Webseite: /

Rechtsform der Firma:

Mitgliedschaft(en)? □ Swiss Medtech □ SVOT □ keine (B-Konzession)



Betriebsinhaber (Vorname /Name):

Fachliche Leitung (Vorname /Name):

Ausbildungen / Diplome:

*Bei ausländischem Diplom:* Seit wann arbeitet der/ die Diplominhaber/in in der Schweiz:

Anzahl Mitarbeitende (VZ-Stellen):

davon mit Diplom Fachfrau/Fachmann *Rehatechnik EFA*

und/oder *Orthopädistin/Orthopädist EFZ* (VZ-Stellen):

Weitere Fachperson(en) – Vorname /Name / Ausbildungen & Diplome:

1.
2.
3.
4.



**Geplantes Versorgungsangebot:**

Basis-Rollstuhl □ Ja □ Nein Adaptiv-Rollstuhl □ Ja □ Nein

Kinder-Rollstuhl □ Ja □ Nein Spezial-Rollstuhl □ Ja □ Nein

Elektro-Rollstuhl □ Ja □ Nein Sitzschalenuntergestell □ Ja □ Nein

**Ausstattung / Infrastruktur:**

**Aussenbereich / Eingangsbereich Vorhanden?**

* Ist das Geschäft von aussen angeschrieben □ Ja □ Nein
* **\*Ist das Geschäft rollstuhlgängig** □ Ja □ Nein
* **\*Sind die Öffnungszeiten an der Eingangstüre angeschrieben** □ Ja □ Nein

**Kundenbereich + Administration Vorhanden?**

* Empfangsraum mit Sitzgelegenheit □ Ja □ Nein
* **\*Geschäftslokalität mit Ausstellungsfläche, inkl. Testprodukte** □ Ja □ Nein
* Verkaufsartikel mit Preisschilder versehen □ Ja □ Nein
* **\*Behindertengerechte Kunden-Toilette (rollstuhlgängig)** □ Ja □ Nein
* **\*separater Bürobereich inkl. Ablage für Patientendossiers** □ Ja □ Nein
* EDV mit Anbindung zur elektr. Rechnungsverarbeitung □ Ja □ Nein

**Werkstattbereich** **Vorhanden?**

* **\*Zum Bedienungsbereich abgetrennter Werkstattraum** □ Ja □ Nein
* Werkzeugbank mit festmontiertem Schraubstock □ Ja □ Nein
* **\*Werkzeuggrundausstattung an den Arbeitsplätzen** □ Ja □ Nein
* Ist eine Druckluftanlage vorhanden □ Ja □ Nein
* Ist ein Drehmomentschlüssel vorhanden □ Ja □ Nein
* Programmiergeräte für E-Rollstühle vorhanden □ Ja □ Nein
* Nachweis zur Arbeitssicherheit gemäss gesetzlichen Grundlagen vorhanden □ Ja □ Nein
* **\*** **Ist eine Hebebühne vorhanden** □ Ja □ Nein

**\*zwingend zu erfüllen**

**(F) Filialen\* / (A) Abgabestellen\*\* – Name & Adresse**

1. □ **F** □ **A**
2. □ **F** □ **A**
3. □ **F** □ **A**
4. □ **F** □ **A**
5. □ **F** □ **A**
6. □ **F** □ **A**

\* Hat eine Werkstatt; Arbeiten werden ausgeführt

\*\* Hat keine Werkstatt; keine Arbeit an Patienten, sondern nur Abgaben

**Öffnungszeiten**

Tage pro Woche: Stunden pro Tag:



1. **Antrag zur Aufnahme auf Verzeichnis**

Zwingende Beilagen:

* Kopie Handelsregisterauszug
* Kopie Diplome / Ausbildungen
* Fotodokumentation
	+ Eingangsbereich Innen / Aussen (Zugang zum Geschäft)
	+ Bereich Kundenempfang / Laden
	+ Bereich Werkstatt
	+ Sanitäre Einrichtungen im Kundenbereich
* Bei ausländischem Diplom: Nachweis über Besuch des ergänzenden Kurses „Tarifanwendung“ und „Schweizerisches Sozialversicherungsrecht“



1. **Folgedeklaration zur Abgabe von Rollstühlen**

Fort- & Weiterbildung; Mitarbeit in Vorstand & Kommissionen; Lehrtätigkeit:

Datum Teilnehmer/in Anlass Ort Credits

*Bestätigungen als Beilagen mitschicken.*



1. **Begehung und Besichtigung eines Betriebs (Audit)**

Zwingende Kriterien erfüllt □ Ja □ Nein

Informiert über jährliche Deklarationspflicht □ Ja □ Nein

Informiert über 3 obligatorische Weiterbildungstage (24 Credits) □ Ja □ Nein

Informiert über PVK-anerkannte Seminare □ Ja □ Nein

Informiert über PVK- Haftpflicht / Produktehaftpflicht □ Ja □ Nein

Führung und Aufbewahrung der Kundendossiers (Datenschutz gemäss geltendem Recht):



Die Dokumente sind einzureichen an das Sekretariat der PVK Rollstuhlvereinbarung

(c/o Sekretariat SVOT, Moosstrasse 2, 3073 Gümligen, rollstuhlvereinbarung@svot.ch)

Bemerkungen:

Der/die Unterzeichnende/r bestätigt die Richtigkeit der obengenannten Angaben:

Ort, Datum: Rechtsverbindliche Unterschrift(en):

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

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

G:\SVOT\Rollstuhlversorgung\_PVK\_TK\Sekretariat\Antraege\_Rollstuhlliste\_PVK\2018\_05\_22\_Entwurf\_Antrag\_Begehung\_Anerkennung\_Verzeichnis\_RsV.docx