

## Anhang 2

### 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	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Adaptiv-Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kinder-Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Spezial-Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Elektro-Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Sitzschalenuntergestell	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## Ausstattung / Infrastruktur:

### Aussenbereich / Eingangsbereich

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ist das Geschäft von aussen angeschrieben                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> *Ist das Geschäft rollstuhlgängig                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> *Sind die Öffnungszeiten an der Eingangstüre angeschrieben | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

### Kundenbereich + Administration

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empfangsraum mit Sitzgelegenheit                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> *Geschäftslokalität mit Ausstellungsfläche, inkl. Testprodukte | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Verkaufsartikel mit Preisschilder versehen                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> *Behindertengerechte Kunden-Toilette (rollstuhlgängig)         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> *separater Bürobereich inkl. Ablage für Patientendossiers      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> EDV mit Anbindung zur elektr. Rechnungsverarbeitung            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

### Werkstattbereich

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> *Zum Bedienungsbereich abgetrennter Werkstattraum                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Werkzeugbank mit festmontiertem Schraubstock                            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> *Werkzeuggrundausrüstung an den Arbeitsplätzen                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ist eine Druckluftanlage vorhanden                                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ist ein Drehmomentschlüssel vorhanden                                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Programmiergeräte für E-Rollstühle vorhanden                            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Nachweis zur Arbeitssicherheit gemäss gesetzlichen Grundlagen vorhanden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> * Ist eine Hebebühne vorhanden  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
- \*zwingend zu erfüllen

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

- |          |                            |                            |
|----------|----------------------------|----------------------------|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> A |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> A |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> A |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> A |
| 5. _____ | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> A |
| 6. _____ | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> 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“

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

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

Datum	Teilnehmer/in	Anlass	Ort	Credits
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Bestätigungen als Beilagen mitschicken.

**(3) 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 ORS, Seefeldstrasse 283a, 8008 Zürich, [info@orthorehasuisse.ch](mailto:info@orthorehasuisse.ch))

Bemerkungen:

---

---

---

---

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

Ort, Datum:

Rechtsverbindliche Unterschrift(en):

---

---

---

---