

## 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

- Ist das Geschäft von aussen angeschrieben
- \*Ist das Geschäft rollstuhlgängig**
- \*Sind die Öffnungszeiten an der Eingangstüre angeschrieben**

**Vorhanden?**

- Ja  Nein
- Ja  Nein
- Ja  Nein

### Kundenbereich + Administration

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

**Vorhanden?**

- Ja  Nein
- Ja  Nein
- Ja  Nein
- Ja  Nein
- Ja  Nein
- Ja  Nein

### Werkstattbereich

- \*Zum Bedienungsbereich abgetrennter Werkstattraum**
  - Werkzeugbank mit festmontiertem Schraubstock
  - \*Werkzeuggrundausrüstung an den Arbeitsplätzen**
  - Ist eine Druckluftanlage vorhanden
  - Ist ein Drehmomentschlüssel vorhanden
  - Programmiergeräte für E-Rollstühle vorhanden
  - Nachweis zur Arbeitssicherheit gemäss gesetzlichen Grundlagen vorhanden
  - \* Ist eine Hebebühne vorhanden**
- \*zwingend zu erfüllen**

**Vorhanden?**

- Ja  Nein
- Ja  Nein
- Ja  Nein
- Ja  Nein
- Ja  Nein
- Ja  Nein
- Ja  Nein
- Ja  Nein

### (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 / Produkthaftpflicht  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):

---

---

---

---