

Formular Qualitätsvereinbarung Rollstuhlversorgung

- (1) Gesuch um Aufnahme auf das Verzeichnis der Vertragslieferanten
- (2) Audit: Begehung und Besichtigung eines Betriebes (wird durch die Auditoren ausgefüllt)
- (3) Bereits bestehender Vertragslieferant: Die Seite 1 ist auszufüllen und die Voraussetzungen der Seite 2 sind zu erfüllen

Firmenname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Tel. _____

E-Mail _____

Website _____

Rechtsform der Firma _____

Mitgliedschaften Swiss Medtech ORS keine (B-Konzession)

Betriebsinhaber/in (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 Fachperson für Reha-technik EFA und/oder Orthopädist/in EFZ (VZ-Stellen):

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

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

(1) Antrag zur Aufnahme auf das Verzeichnis der Vertragslieferanten

Ausstattung/Infrastruktur

Aussenbereich/Eingangsbereich

Ist das Geschäft von aussen angeschrieben?

Vorhanden?

Ja Nein

*Ist das Geschäft rollstuhlgängig?

Ja Nein

*Sind die Öffnungszeiten an der Eingangstüre angeschrieben

Ja Nein

Kundenbereich & Administration

Empfangsraum mit Sitzgelegenheit

Vorhanden?

Ja Nein

*Gewerbe-/Geschäftslokalität mit Ausstellungsfläche, inkl. permanenter Rollstuhl Ausstellung und Testprodukte

Ja Nein

*Rollstuhlgängige Toilette gemäss Anhang 1

Ja Nein

*Sichtgeschützte Ablage für Patienten- und Personaldossiers mit abschliessbarem Schrank (Gewährleistung Datenschutz)

Ja Nein

EDV mit Anbindung zur elektr. Rechnungsverarbeitung

Ja Nein

Werkstattbereich

Maschinenraum vorhanden

Vorhanden?

Ja Nein

*Falls Maschinenraum vorhanden: Zum Bedienungsbereich abgetrennt

Ja Nein

Werkzeugbank mit festmontiertem Schraubstock

Ja Nein

*Werkzeuggrundausrüstung an den Arbeitsplätzen

Ja Nein

Druckluftanlage vorhanden

Ja Nein

Programmiergeräte für E-Rollstühle vorhanden

Ja Nein

Nachweis zur Arbeitssicherheit gemäss gesetzlichen Grundlagen vorhanden

Ja Nein

*Separater, abschliessbarer Raum oder Schrank für chemische und brennbare Stoffe

Ja Nein

*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

* hat eine Werkstatt; arbeiten werden ausgeführt

** hat keine Werkstatt, keine Arbeit an Patienten, nur Abgabe

Öffnungszeiten

Tage pro Woche _____ Stunden pro Tag _____

Zwingende Beilagen

- Kopie Nutzungsbewilligung (Gewerbe-/Geschäftslokalität) der Gemeinde
- Kopie Handelsregisterauszug
- Kopien Diplome/Ausbildungsbestätigungen
- Fotodokumentation
 - Eingangsbereich Innen/Aussen (Zugang zum Geschäft)
 - Bereich Kundenempfang/Laden
 - Bereich Werkstatt
 - Sanitäre Einrichtungen im Kundenbereich
 - Grundrissplan (mit Massstab 1:100 oder 1:50)
- Bei ausländischem Diplom: Nachweis über Besuch des ergänzenden Kurses «Tarifanwendung» und «Schweizerisches Sozialversicherungsrecht»

Die Dokumente sind einzureichen an das Sekretariat der PVK Rollstuhlversorgung
(Sekretariat Tarif Rollstuhlversorgung, Tägerharding 8, 5436 Würenlos, info@rollstuhlтариф.ch)

Bemerkungen

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

Ort/Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift(en)

Name in Blockschrift

(2) Audit: Begehung und Besichtigung eines Betriebes (wird durch die PVK-Auditoren ausgefüllt)

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|
| Zwingende Kriterien erfüllt | <input type="checkbox"/> | Erfüllt |
| Informiert über Deklarationspflicht | <input type="checkbox"/> | Erfüllt |
| Informiert über obligatorische Fortbildung (24 Credits alle 2 Jahre) | <input type="checkbox"/> | Erfüllt |
| Informiert über PVK anerkannte Seminare und Fortbildungen | <input type="checkbox"/> | Erfüllt |

Bemerkungen (Datenschutz, usw.):

Ort und Datum des Audits

Unterschrift 1. PVK-Auditor

Unterschrift 2. PVK-Auditor

Name
(in Blockschrift)

Vorname

Name
(in Blockschrift)

Vorname

Anhang 1: Definition rollstuhlgängige Toilette

Anforderung

- Abschliessbare Tür mit einer lichten Durchgangsbreite von Minimum 80cm.
- Der Raum muss eine adäquate Grösse für den Benutzer, Hilfsperson und Hand- oder Elektrorollstuhl aufweisen.
- Der Benutzer muss mit einem minimalen Winkel von 90° zwischen Toilette und Rollstuhl transferieren können (gem. untenstehender Skizze).
- Festmontierte/r Haltegriff/e bei der WC-Schüssel
- Das Waschbecken muss inner- oder ausserhalb vom Toilettenraum angebracht sein.

