

Betriebsbegehungsprotokoll
zum Versorgungsbereich Hörhilfen
(Produktgruppe 13 „Hörhilfen“)

1. Unternehmen/Betriebsstätte

Firmenname _____

Anschrift des Unternehmens _____
(Straße)

(PLZ, Ort)

Kontaktdaten _____
(Telefon, Telefax)

(E-Mailadresse)

Rechtsform Einzelunternehmen OHG
 GmbH GmbH & Co. KG

Institutionskennzeichen _____

2. Bei Betriebsstätten Angabe zum Hauptbetrieb

Anschrift wie oben ja nein

Firmenname des Hauptbetriebs _____

Anschrift des Hauptbetriebs _____
(Straße)

(PLZ, Ort)

Institutionskennzeichen _____

3. Angaben zur begehenden Stelle

Name der ausführenden
Stelle

Anschrift der ausführenden
Stelle

(Straße)

(PLZ, Ort)

Ggf. Institutionskennzeichen

Name der Person, die
die Betriebsbegehung
durchgeführt hat

Qualifikation der Person,
die die Betriebsbegehung
durchgeführt hat

Kontaktdaten

(Telefon, Telefax)

(E-Mailadresse)

4. Prüfkriterien

I. Räumliche Voraussetzungen

Mietvertrag oder Grundbuchauszug in einfacher Kopie (Angaben und Inhalte, die für den Nachweis der Erfüllung der räumlichen Voraussetzungen nicht relevant sind, können geschwärzt werden). ja nein

Verkaufs-/Empfangsbereich ja nein

Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit ja nein

Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen ja nein

Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen ja nein

II. Inventar

a) Anpassraum

maximaler Störschallpegel ≤ 40 dB/A ja nein

Ton- und Sprachaudiometer mit mind. zwei Freifeldlautsprechern ja nein

Typ: _____
Seriennr.: _____

Messbox ja nein

Typ: _____
Seriennr.: _____

Insitu-Anlage ja nein

Typ: _____
Seriennr.: _____

Programmiereinheit zum Programmieren Von digitalen Hörgeräten mit Programmierschnittstelle ja nein

Typ: _____
Seriennr.: _____

b) Otoplastikarbeitsplatz/Arbeitsplatz für Reparaturen

Dental- oder Poliermaschine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Poliermaterialien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diverse Arbeitsschutzmaterialien (z. B. Schutzbrille, Mundschutz, Gehörschutz)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlauchweitezange	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bohrer in unterschiedlichen Größen und Arten (z. B. Spiral- bzw. Rosenbohrer)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fräser (quergeriefte Birnen- und Spitzfräser)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Druck-/Spindelspritze und/oder Injektorpistole	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlauchmaterial mit verschiedenen Durchmessern und Wandstärken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Klebstoffe, Lösungsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lacke	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Otoplastikwinkel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lichtgerät/UV Lichthärtungsgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Materialien und Werkzeuge zum Herstellen von Rohlingen für Ohrabformungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Abdruckmaterialien und -geräte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Otoskop inkl. diverse Trichter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pinzettensortiment und Backenpinzette	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leuchtstab	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lötstation (inkl. Lötzinn, Entlötlitze)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Reinigungs- und Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tamponade	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ultraschallbad	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

