

## **Anhang 4**

**zur Vereinbarung betreffend die Abgabe von Augenprothesen**

**in Kraft getreten am 1.1.2019**

---

Anmerkung: Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter. Aus Gründen der Lesbarkeit wird jeweils nur die männliche Form verwendet. Bei Unklarheiten in der Interpretation ist die deutsche Version massgebend.

---

### **Selbstdeklaration**

### **zur Anerkennung von Leistungserbringern durch die UV/MV/IV-Versicherer**

Name des Unternehmens: \_\_\_\_\_

Name des Inhabers: \_\_\_\_\_

Zuständige Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Adresse (Strasse / Nr.): \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Webseite: \_\_\_\_\_

---

Name der Ocularisten, die über eine fachspezifische Ausbildung zum Ocularisten oder über eine abgeschlossene Berufslehre/höhere Schulbildung mit anschliessender Zusatzausbildung zum Ocularisten in einem Institut für Kunstaugen verfügen:

Ocularist 1: \_\_\_\_\_

Ocularist 2: \_\_\_\_\_

Ocularist 3: \_\_\_\_\_

Ocularist 4: \_\_\_\_\_

Ocularist 5: \_\_\_\_\_

**Bitte dieser Selbstdeklaration pro Ocularist Kopien von Diplomen, Fähigkeitsausweisen, Zeugnissen, etc. beilegen.**

---

## Anerkennungskriterien

1. Berufserfahrung
  2. Fortbildung
  3. Fremdsprachenkenntnisse
  4. Erreichbarkeit
  5. Infrastruktur der Arbeitsstätte
  6. Leistungserbringer aus dem Ausland
  7. Eigenerklärungen
- 

### 1. Berufserfahrung

Folgende, vom Leistungserbringer angestellte Ocularisten verfügen über eine mindestens 10-jährige Berufserfahrung (inkl. Ausbildung) im Bereich der individuellen Anpassung von Augenprothesen.

Ocularist 1	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ocularist 2	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ocularist 3	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ocularist 4	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ocularist 5	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Bitte dieser Selbstdeklaration pro Ocularist Kopien von Arbeitszeugnissen, Bescheinigungen, etc. beilegen.**

### 2. Fortbildung

Der Leistungserbringer bestätigt, dass er die kontinuierliche Fortbildung seiner Ocularisten durch die Teilnahme an nationalen und/oder internationalen Fachtagungen sowie durch Weiterbildung on-the-job sicherstellt.

Er nimmt zur Kenntnis, dass ihn die PVK alle 2 Jahre auffordert, die Fortbildungsnachweise einzureichen.

Ja       Nein

### 3. Fremdsprachenkenntnisse

Der Leistungserbringer gewährleistet eine Beratung in den drei Landessprachen der Schweiz (Deutsch, Französisch und Italienisch).

Ja       Nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### 4. Erreichbarkeit

Der Leistungserbringer gewährleistet den Betrieb eines Notfall-Kontaktes (Telefon, E-Mail). Der Kunde erhält an Arbeitstagen innerhalb von 24 Stunden eine Antwort.

Ja       Nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

---

## 5. Infrastruktur der Arbeitsstätte

Um eine angemessene Behandlung der Versicherten zu gewährleisten, erfüllen die Geschäftsräume folgende Mindestanforderungen bezüglich Ausstattung und Infrastruktur:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| ▪ Sauberkeit, Hygiene und geeignete Lichtverhältnisse sind gewährleistet.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ▪ Fliessendes Wasser ist vorhanden.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ▪ Der Eingang des Instituts ist von aussen gut sichtbar angeschrieben, zusätzlich sind Kontaktdata (Telefon und/oder E-Mail) an der Eingangstüre vermerkt. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ▪ Im Kundenbereich gibt es einen Empfangsraum/Wardebereich mit Sitzgelegenheit. Eine Kundentoilette ist vorhanden.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ▪ Der Privatsphäre des Kunden wird mit entsprechenden Massnahmen Rechnung getragen. Behandlung, Labor und Büro sind verschiedene Bereiche.                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ▪ Staub, Dämpfe und Geruch produzierende Arbeiten werden in belüfteten Räumen durchgeführt.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ▪ Die Sicherheit von Kunden und Personal wird besonders beachtet. Arbeitsgeräte werden regelmässig geprüft und gewartet.                                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ▪ Die Patientenakten sind für Unbefugte nicht einsehbar (Art. 5 Tarifvertrag «Datenschutz»).   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Bitte dieser Selbstdeklaration den Original-Plan der Geschäftsräumlichkeiten im Massstab 1:50 mit präzisen Raumbezeichnungen sowie Fotodokumentation beilegen.**

## 6. Leistungserbringer aus dem Ausland

Mit seiner Unterschrift am Ende dieses Dokumentes bestätigt der Leistungserbringer, dass er die Regelungen für die Reisendengewerbebewilligung kennt und befolgt.

## 7. Eigenerklärungen

**Bitte dieser Selbstdeklaration eine Kopie des Nachweises einer Betriebshaftpflichtversicherung und den aktuellen Betreibungsregisterauszug oder vergleichbare ausländische Dokumente beilegen.**

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben:

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

(Inhaber/Mitglied der Geschäftsleitung)

---

Die Selbstdeklaration inkl. geforderte Unterlagen sind einzureichen an:

PVK Sekretariat Augenprothesen-UV/MV/IV  
c/o Zentralstelle für Medizinaltarife UVG  
Postfach 4358  
6002 Luzern