

Anhang 4

**zur Vereinbarung betreffend die Abgabe von Augenprothesen
in Kraft getreten am 01.01.2019 (Stand: 01.01.2024)**

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: _____

Ocularist 6: _____

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
Ocularist 6	<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 Kontaktdaten (Telefon und/oder E-Mail) an der Eingangstüre vermerkt. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ▪ Im Kundenbereich gibt es einen Empfangsraum/Wartebereich 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 Betreibungsregistrauszug 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

Für die administrativen Aufwendungen, welche im Rahmen des Prüfverfahrens für Vertragsbeitrittsgesuche entstehen, wird pro Gesuch eine Bearbeitungsgebühr von CHF 350.00 erhoben. Bitte überweisen Sie den Betrag dem PVK Sekretariat Augenprothesen-UV/MV/IV. Sobald der Betrag beim PVK Sekretariat eingegangen ist, wird Ihr Gesuch geprüft.

Konto / CHF 350.00 zahlbar an:

CH23 0900 0000 6000 0700 6
Suva
6004 Luzern

Bemerkung:

Auftragsnummer: 500087

«Bearbeitungsgebühr für Prüfverfahren Vertragsbeitrittsgesuch Augenprothesen-UV/MV/IV»