

**Empfänger:**

Jutta Nerlich Schulung &amp; Service

- Präqualifizierungen -

Klosterstraße 16

88348 Bad Saulgau

**Absender:**

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

IK:

**Präqualifizierungsantrag Spezialisierte Person für Narbenkompression**

nach den Empfehlungen des GKV Spitzenverbandes

gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V

**1. Präqualifizierungsantrag für**

- Erstmaliger Antrag auf Präqualifizierung
- Verlegung der Betriebsstätte
- Änderung im Versorgungsumfang
- Wechsel des fachlichen Betriebsleiters
- Rechtsformänderung/Umfirmung/Inhaberwechsel
- Sonstiges:

Der Antrag wird gestellt zum:

**Anschrift der zu präqualifizierenden Betriebsstätte:**

Name des Betriebs:

  

Gesellschaftsform:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

IK:

Betriebsinhaber/in:

  

Betrieb ist bereits präqualifiziert

 ja nein

(wenn ja, bitte die gültige Bestätigung vorlegen)

**Betriebsleiter:**

Name:

Geburtsdatum:

Qualifikation (Meister, Bachelor,...):

Datum der Qualifikation:

**Angaben zum Hauptbetrieb (falls vorhanden):**

Name:

  

Straße:

PLZ, Ort:

IK:

**Rechnungsanschrift (falls abweichend)**

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

**Folgende Hilfsmittel sollen in oben genannten zu präqualifizierenden Betrieb  
abgegeben werden:**

Versorgungsbereich	Beschreibung
<input type="checkbox"/> 17 C	Hilfsmittel zur Narbenkompression

Bitte senden an:

[praequali@nerlich-badsaulgau.de](mailto:praequali@nerlich-badsaulgau.de)