

## Selbstdeklaration gemäss Vereinbarung über die Qualitätssicherung SVOT – UV/MV/IV

PVK-Sekretariat SVOT-UV/MV/IV, Moosstrasse 2, 3073 Gümligen.

Audit/Kontrolle  
(wird von PVK ausgefüllt)

Firmenname: \_\_\_\_\_  OK

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

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

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

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

### A Betriebsangaben

Fachliche Leitung 1 (Name / Vorname): \_\_\_\_\_  OK  
(Inhaber HFP-Diplom / Meisterdiplom)

Besitzständer?  Ja  Nein  OK

Bei ausländischem Diplom:  
Seit wann arbeitet der Diplominhaber  
in der Schweiz: \_\_\_\_\_  OK

Fachliche Leitung 2 (Name / Vorname): \_\_\_\_\_  OK  
(Inhaber HFP-Diplom / Meisterdiplom)

Besitzständer?  Ja  Nein  OK

Bei ausländischem Diplom:  
Seit wann arbeitet der Diplominhaber  
in der Schweiz: \_\_\_\_\_  OK

Fachliche Leitung 3 (Name / Vorname): \_\_\_\_\_  OK  
(Inhaber HFP-Diplom / Meisterdiplom)

Besitzständer?  Ja  Nein  OK

Bei ausländischem Diplom:  
Seit wann arbeitet der Diplominhaber  
in der Schweiz: \_\_\_\_\_  OK

---

<b>Öffnungszeiten:</b>	<b>von – bis</b>	<b>Anzahl Stunden</b>
Montag	:	_____
Dienstag	:	_____
Mittwoch	:	_____
Donnerstag	:	_____
Freitag	:	_____
Samstag	:	_____

Total Stunden: \_\_\_\_\_

OK

## B Deklaration Ausstattung / Infrastruktur:

(Die **fett** markierten Zeilen stellen zwingende Erfordernisse dar)

### Aussenbereich / Eingangsbereich

- **Ist das Geschäft von aussen klar angeschrieben**  Ja  Nein  OK
- **Ist das Geschäft rollstuhlgängig**  Ja  Nein  OK
- **Sind die Öffnungszeiten an der Eingangstüren  
Angeschrieben**  Ja  Nein  OK

**Bemerkungen:**

---

---

### Kundenbereich + Administration

- **Empfangsraum mit Theke für Patientenaufnahme**  Ja  Nein  OK
- **Wartebereich mit Sitzgelegenheit**  Ja  Nein  OK
- **Ladenbereich mit Ausstellungsfläche**  Ja  Nein  OK
- **Verkaufsartikel mit Preisschilder versehen**  Ja  Nein  OK
- **Rollstuhlgängige Kunden-Toilette**  Ja  Nein  OK
- **Separates Büro**  Ja  Nein  OK
- **Administration über EDV**  Ja  Nein  OK

**Bemerkungen:**

---

---

### Anprobereich

- **Separate Kundenkabine mit Sitzmöglichkeit**  Ja  Nein  OK
- **Ist mindestens 1 Behandlungsliege vorhanden**  Ja  Nein  OK
- **Separater Raum für Gipsabnahme**  Ja  Nein  OK
- **Laufgang mit Spiegel (oder mobiler Spiegel)**  Ja  Nein  OK

## Bemerkungen:

---

---

### Werkstattbereich

- Abgetrennter Werkstattraum**  Ja  Nein  OK
- Separater Maschinenraum**  Ja  Nein  OK
- Kunststoffverarbeitungsraum mit Entlüftung  Ja  Nein  OK
- Separater Raum oder Schrank für chemische und brennbare Stoffe  Ja  Nein  OK
- Dem Personalbestand entsprechend eingerichtete Arbeitsplätze  Ja  Nein  OK
- Werkzeuggrundausrüstung an den Arbeitsplätzen  Ja  Nein  OK
- Druckluftanlage  Ja  Nein  OK
- Wärmeofen / Heizplatte**  Ja  Nein  OK
- Drehbank  Ja  Nein  OK
- Fest montierter Schraubstock  Ja  Nein  OK
- Amboss  Ja  Nein  OK
- Ständer/Handbohrmaschine**  Ja  Nein  OK
- Industrienähmaschine**  Ja  Nein  OK
- Sattlernähmaschine**  Ja  Nein  OK
- Acetylen- oder Schutzgas-Schweissgerät  Ja  Nein  OK
- Unterdruckanlage (Giessarbeiten)**  Ja  Nein  OK
- Spritzkabine mit Entlüftung  Ja  Nein  OK

## Bemerkungen:

---

---

### Maschinenraum

- Maschinenpark gemäss Betriebsgrösse und Tätigkeitsbereich**  Ja  Nein  OK
- Trichterfräse**  Ja  Nein  OK
- Bandsäge/Stichsäge**  Ja  Nein  OK

- Kombi- oder Schuhmacherschleifmaschine  Ja  Nein  OK
- Druckluftanlage  Ja  Nein  OK
- Staubabsauganlage  Ja  Nein  OK

**Bemerkungen:**

---



---

**Personalbereich**

- abgetrennter Sozialraum (Pausenraum, Küche, o.ä.)  Ja  Nein  OK
- Ist eine separate Mitarbeitertoilette vorhanden  Ja  Nein  OK

**Bemerkungen:**

---



---

## C Dokumentation

**Fortbildungsbelege**

OK

Datum	Anbieter	Titel der Veranstaltung	Anzahl Credits
Total:			

### Versorgungsangebot:

- |                         |                             |                               |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Orthetik                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Prothetik               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sitzorthetik            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rehatechnik             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schuhtechnik / Einlagen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kompressionsversorgung  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
- 

### Datenschutzerfordernisse

sind die Daten geschützt aufbewahrt  Ja  Nein

OK

---

Die obigen Angaben werden als korrekt bestätigt:

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

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

(Mitglied der Geschäftsleitung)

Der Selbstdeklaration beizulegen sind folgende Unterlagen:

- Kopie des Diploms (gemäss Tarifvertrag) der fachlichen Leitung
  - Kopien der Fortbildungsbelege
- 

### Unterlagen an:

PVK Sekretariat SVOT – UVG/MV/IV, Moosstrasse 2, 3073 Gümligen