

ARGE HEILMITTELZULASSUNG BAYERN



Anerkenntnis-Erklärung Ernährungstherapie

(Vor- und Zuname des Antragstellers
bzw. genaue Firmenbezeichnung)

IK-Nr. der Praxis (immer anzugeben!!!)

(Praxisanschrift: Straße/Hausnummer)

(Praxisanschrift: Postleitzahl/Ort)

(Name des fachlichen Leiters)

(Berufsbezeichnung des fachlichen Leiters)

Sind Sie Mitglied in einem Berufsverband?

Nein

Ja

(Name des Berufsverbandes)

hiermit erkenne ich die jeweils zwischen den Mitgliedern der **ARGE HEILMITTELZULASSUNG BAYERN** geschlossenen Verträge gemäß § 125 Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 10.05.2019, einschließlich der Anlagen und der für den Sitz meiner Praxis gültigen Vergütungsvereinbarung an. Diese sind wie folgt:

Zwischen

- dem Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE), Bonn
- der Deutschen Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater - QUETHEB e.V., Tübingen
- dem Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband (VDD) e.V., Essen
- dem Verband für Ernährung und Diätetik (VFED) e.V., Aachen

und

der AOK Bayern –Die Gesundheitskasse - vertreten durch den AOK-Bundesverband, Berlin
der IKK classic
der Knappschaft
der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)
dem vdek e.V. als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis

Die Anerkennung aller hier gelisteten Verträge ist Grundlage für die Zulassung nach § 124 Abs. 2 SGB V. Die jeweiligen Verträge und die Vergütungsvereinbarung(en) gemäß § 125 SGB V habe ich zur Kenntnis genommen.

Meine/unsere vertraglichen Pflichten sind mir/uns bekannt. Die Verträge gelten nur in Verbindung mit der erteilten Zulassung. Änderungen im Zusammenhang mit der Zulassung werde(n) ich/wir der zuständigen Stelle bei der **ARGE HEILMITTELZULASSUNG BAYERN** unverzüglich schriftlich mitteilen.

Die Informationen über die Verarbeitung meiner Daten gemäß Artikel 13, 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und der mir daraus zustehenden Rechte habe ich auf der Webseite ARGE unter „Datenschutz“ zur Kenntnis genommen
www.zulassung-heilmittel.de/datenschutz.html

Datum, Ort

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift fachl. Leitung