

ARGE HEILMITTELZULASSUNG BAYERN



Anerkenntnis-Erklärung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

(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 gemäß dem bis zum 10.05.2019 geltenden § 125 Abs. 2 SGB V vereinbarten, nachfolgend angeführten Versorgungsverträge in der jeweils geltenden Fassung einschließlich deren Anlagen an:

Zwischen

- dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen – Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen (dba) e.V., Hamburg, dem Deutschen Bundesverband für Logopädie (dbl) e.V., Frechen und dem Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) e.V., Moers *)
- LOGO Deutschland e. V. *)
- Verband Deutscher Logopäden und Sprachtherapeutischer Berufe (VDLS e. V.) *)

und dem vdek e.V. als gemeinsamer Bevollmächtigter der Ersatzkassen

**) Bitte wählen Sie hier den Vertrag, den Sie gegen sich gelten lassen. Es ist nur eine Auswahl möglich.*

Zwischen

- dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba)
- dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)
- dem Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs)

und

der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
dem BKK Landesverband Bayern
der Knappschaft – Regionaldirektion München –
der IKK classic

Zwischen

- dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen – Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen (dba) e.V., Hamburg,
- dem Deutschen Bundesverband für Logopädie (dbl) e.V., Frechen,
- dem Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) e.V., Moers

und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK).

Die Anerkennung der für die Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen geltenden Verträge ist nach § 124 Abs. 1 Nr. 3 SGB V eine Zulassungsvoraussetzung.

Meine/unsere vertraglichen Pflichten sind mir/uns bekannt. Die Verträge gelten nur in Verbindung mit der erteilten Zulassung. Änderungen im Zusammenhang mit der Zulassung sowie der vertraglichen Regelungen 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