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

Anschrift der Praxis

(Berufsbezeichnung)

(Straße/Hausnummer)

(Vor- und Zuname des fachl. Leiters)

(Postleitzahl/Ort)

(Berufsbezeichnung des fachl. Leiters)

(IK der Praxis)

Sind Sie Mitglied eines Berufsverbandes?

ja

nein

(ggf. Name des Berufsverbandes)

Anerkenniserklärung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie Bremen / Bremerhaven

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:

AOK Bremen/Bremerhaven zugleich für die Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Hannover, See-Krankenkassen, BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen, IKK Bremen und Bremerhaven mit

Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V. (**dbi**), Deutschen Bundesverband der akademische Sprachtherapeuten e. V. (**dba**), Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen, Lehrvereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (**dba**)

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVFLG) mit

dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen - Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen (**dba**) e.V., Hamburg, dem Deutschen Bundesverband für Logopädie (**dbi**) e.V., Frechen und dem Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (**dba**) e.V., Moers

vdek als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis der Ersatzkassen mit (bitte entsprechend ankreuzen. Sie können nur ein Kreuz setzen.)

- dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen - Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen (**dba**) e.V., Hamburg, dem Deutschen Bundesverband für Logopädie (**dbi**) e.V., Frechen und dem Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (**dba**) e.V., Moers

oder

- LOGO** Deutschland e. V.

oder dem

- Verband Deutscher Logopäden und Sprachtherapeutischer Berufe (VDLS e. V.)

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 ARGE Heilmittelzulassung Bremen 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

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers