

(Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. genaue Firmenbezeichnung)	<b>Anschrift der Praxis</b>
(Berufsbezeichnung)	(Straße/Hausnummer)
(Vor- und Zuname des fachl. Leiters)	(Postleitzahl/Ort)
(Berufsbezeichnung des fachl. Leiters)	(IK der Praxis)
Sind Sie Mitglied eines Berufsverbandes?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(ggf. Name des Berufsverbandes)	

**Anerkenntnis-Erklärung Massage-/ Physiotherapie  
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, BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen, IKK Bremen und Bremerhaven KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Nord mit

dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten – **IFK e. V.**, Bochum,  
 der Vereinigung der selbständigen Krankengymnasten (**VSK**) e. V., Berlin,  
 den Landesverbänden des **VDB** – Physiotherapieverbandes, Berufs- und Wirtschaftsverbandes der Selbstständigen in der Physiotherapie e. V., Bonn,  
 den Landesverbänden des Deutschen Verbandes für Physiotherapie (**ZVK**) e. V., Köln,  
 dem Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (**VPT**) e. V., Hamburg  
 dem Marnitz-Bund

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) mit

dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten – **IFK e. V.**,  
 den Landesverbänden des **VDB** – Physiotherapieverbandes, Berufs- und Wirtschaftsverbandes der Selbstständigen in der Physiotherapie e. V. und  
 den Landesverbänden des Deutschen Verbandes für Physiotherapie (**ZVK**) e. V.  
 sowie  
 dem Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (**VPT**) e. V.

vdek als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis der Ersatzkassen mit

dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten – **IFK** e. V.,  
der Vereinigung der selbständigen Krankengymnasten (**VSK**) e. V.,  
den Landesverbänden des **VDB** – Physiotherapieverbandes, Berufs- und  
Wirtschaftsverbandes der Selbstständigen in der Physiotherapie e. V. und  
den Landesverbänden des Deutschen Verbandes für Physiotherapie (**ZVK**) e. V.  
sowie  
dem Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen  
Berufe (**VPT**) 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](http://www.zulassung-heilmittel.de/datenschutz.html)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers