

\_\_\_\_\_  
(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)

### **Anerkenntnis-Erklärung Podologie 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 Bundesverband mit

dem Verband Deutscher Podologen (**VDP**) und  
dem Zentralverband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e.V. (**ZFD**)

#### BKK Landesverband Mitte mit

dem Verband Deutscher Podologen (**VDP**) und  
dem Zentralverband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e.V. (**ZFD**)

#### IKK gesund Plus mit

- dem Zentralverband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e.V. (**ZFD**)

#### KNAPPSCHAFT mit

dem Verband Deutscher Podologen (**VDP**) und  
dem Zentralverband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e.V. (**ZFD**)

#### Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVFLG) mit

dem Verband Deutscher Podologen (**VDP**) und  
dem Zentralverband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e.V. (**ZFD**)

#### vdek als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis der Ersatzkassen mit

dem Verband Deutscher Podologen (**VDP**) und  
dem Zentralverband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e.V. (**ZFD**)

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