
(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 Ergotherapie Hamburg

Hiermit erkenne ich die jeweiligen Rahmenverträge zwischen dem **vdek** als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis, der **KNAPPSCHAFT**, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (**SVLFG**) und dem

- Deutschen Verband der Ergotherapeuten (**DVE**) e.V., Becker-Göring Straße 26/1, 76307 Karlsbad,
- **Bundesverband der Ergotherapeuten in Deutschland e. V.** (gilt nur für SVLFG)

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, IKK classic, BKK-Landesverband
NORDWEST mit

- dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) e.V., Karlsbad

in der jeweils geltenden Fassung einschließlich der Anlagen und der für den Sitz meiner Praxis gültigen Vergütungsvereinbarung an.

Die Verträge und die Vergütungsvereinbarungen gemäß § 125 SGB V habe ich zur Kenntnis genommen.

Die Anerkennung der für die Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen geltenden Verträge ist nach § 124 Abs. 2 Nr. 3 SGB V eine Zulassungsvoraussetzung.

Meine vertraglichen Pflichten sind mir bekannt. Die Verträge gelten nur in Verbindung mit der erteilten Zulassung. Änderungen im Zusammenhang mit der Zulassung werde(n) ich/wir der ARGE Heilmittel Hamburg 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 des vdek unter „Datenschutz“ zur Kenntnis genommen www.zulassung-heilmittel.de/datenschutz.html

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers