

(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?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(ggf. Name des Berufsverbandes)	

Anerkenntnis-Erklärung Massage-/ Physiotherapie Hamburg

Hiermit erkenne ich die gemäß § 125 Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 10.05.2019 vereinbarten, nachfolgend angeführten Versorgungsverträge in der jeweils geltenden Fassung einschließlich deren Anlagen an:

vdek als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis mit

- dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten – IFK e. V., Bochum
- der Vereinigung der selbstständigen 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

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, dem BKK-Landesverband NORDWEST, der IKK classic, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Krankenkasse für den Gartenbau, der Knappschaft mit

(bitte entsprechend ankreuzen. Sie können nur ein Kreuz setzen.)

- o dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten, IFK e. V., Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK), Landesverband Nordrhein-Westfalen e. V.

oder

- o dem Verband Physikalische Therapie e. V. (VPT), Landesgruppe Hamburg-Schleswig-Holstein, VDB-Physiotherapieverband e. V., Landesverband Hamburg und Schleswig-Holstein

oder

- o dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten- IFK 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.

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

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 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