

---

(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-, Sprachtherapie Hessen**

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen,  
BKK Landesverband Süd,  
IKK classic,  
Sozialversicherung für Landwirtschaft Forsten und Gartenbau (**SVLFG**),  
KNAPPSCHAFT mit

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

vdek als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis 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 (dbl) e.V., Frechen und dem Deutschen Bundesver-  
band der akademischen Sprachtherapeuten (dfs) 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 Hessen 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