
(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 Hessen

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

- dem Verband Deutscher Podologen (**VDP**),
Verband staatlich geprüfter und staatlich anerkannter medizinischer Fußpfleger und Podologen e.V.,
- dem Verband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e.V. (**ZFD**)

vdek als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis mit

- dem Verband Deutscher Podologen (**VDP**),
Verband staatlich geprüfter und staatlich anerkannter medizinischer Fußpfleger und Podologen e.V.,
- dem Verband 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 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

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers