

---

(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 Ergotherapie Mecklenburg-Vorpommern**

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

der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, dem BKK Landesverband NORDWEST, der IKK NORD, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und der Knappschaft mit

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

- Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) e.V., Karlsbad
- Bundesverband der Ergotherapeuten in Deutschland e. V.

Die Anerkennung der für die Versorgung der Versicherten aller 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 Mecklenburg-Vorpommern 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