

(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 Ernährungstherapie

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 für Niedersachsen mit

dem Berufsverband Oecotrophologie e.V. (**VDOE**), Bonn
der Deutschen Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und
Ernährungsberater - **QUETHEB e.V.**, Tübingen,
dem Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband (**VDD**) e.V., Essen,
dem Verband für Ernährung und Diätetik (**VFED**) e.V., Aachen

BKK Landesverband Mitte, KNAPPSCHAFT, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten
und Gartenbau (SVFLG) mit

dem Berufsverband Oecotrophologie e.V. (**VDOE**), Bonn
der Deutschen Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und
Ernährungsberater - **QUETHEB e.V.**, Tübingen,
dem Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband (**VDD**) e.V., Essen,
dem Verband für Ernährung und Diätetik (**VFED**) e.V., Aachen

vdek als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis der Ersatzkassen mit

dem Berufsverband Oecotrophologie e.V. (**VDOE**), Bonn
der Deutschen Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und
Ernährungsberater - **QUETHEB e.V.**, Tübingen,
dem Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband (**VDD**) e.V., Essen,
dem Verband für Ernährung und Diätetik (**VFED**) e.V., Aachen

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 Niedersachsen 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