
(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- und Sprachtherapie Niedersachsen

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, BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen, IKK Landesverband Niedersachsen Knappschaft Regionaldirektion Nord mit

- Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl), Deutschen Bundesverband der akademische Sprachtherapeuten e. V. (dbs), Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen, Lehrvereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba), Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs)

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVFLG) mit

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

vdek als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis der Ersatzkassen mit
(bitte entsprechend ankreuzen. Sie können nur ein Kreuz setzen.)

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