

(Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. genaue Firmenbezeichnung)	<b>Anschrift der Praxis</b>
(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)	

### Anerkenniserklärung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie Nordrhein-Westfalen

Hiermit erkenne ich die gemäß § 125 Abs. 2 SGB V (in der Fassung vom 10.05.2019) vereinbarten, nachfolgend angeführten Versorgungsverträge zwischen der AOK NORDWEST, der AOK Rheinland/Hamburg, dem BKK-Landesverband NORDWEST und der IKK classic in der jeweils geltenden Fassung einschließlich deren Anlagen an:  
**(bitte entsprechend ankreuzen. Sie können nur ein Kreuz setzen.)**

- dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/Innen -  
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen (dba) e.V.  
  
oder
- dem Deutschen Bundesverband für Logopädie (dbl) e.V.  
  
oder
- dem Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) e.V.  
  
oder
- LOGO Deutschland e. V.  
  
oder
- Verband Deutscher Logopäden und Sprachtherapeutischer Berufe (VDLS e. V.)  
(gilt nur für den Betriebssitz im Landesteil Nordrhein und nicht für die AOK  
NORDWEST)

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und der Knappschaft mit (bitte entsprechend ankreuzen. Sie können nur ein Kreuz setzen.)

- Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl)  
oder
- Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs)  
oder
- Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen, Lehrvereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba)  
oder
- Verband Deutscher Logopäden und Sprachtherapeutischer Berufe (VDLS e. V.)  
(gilt nur für die Knappschaft mit Betriebssitz im Landesteil Nordrhein)

Dem vdek als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis für die Ersatzkassen 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 Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) e.V., Moers  
oder
- LOGO Deutschland e. V.  
oder
- 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 NRW unverzüglich schriftlich mitteilen.

Die Informationen über die Verarbeitung meiner Daten gemäß Artikel 13, 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und der mir daraus zustehenden Rechte habe ich auf der Webseite ARGE Heilmittelzulassung unter „Datenschutz“ zur Kenntnis genommen [www.zulassung-heilmittel.de/datenschutz.html](http://www.zulassung-heilmittel.de/datenschutz.html)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers