
(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 Podologie 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, der IKK classic, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), der KNAPPSCHAFT und dem vdek als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis für die Ersatzkassen in der jeweils geltenden Fassung einschließlich deren Anlagen an:

- 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 NRW 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 Heilmittelzulassung unter „Datenschutz“ zur Kenntnis genommen www.zulassung-heilmittel.de/datenschutz.html

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers