

(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-, Sprachtherapie Sachsen

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 PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen, BKK Landesverband Mitte  
IKK classic, KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Chemnitz mit

- dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl) und
- dem Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs) sowie
- dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen, Lehrvereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba).

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) mit

- dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl),
- dem Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs) und
- dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen, Lehrvereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba) sowie
- dem LOGO Deutschland e. V.

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 – Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen (dba) und dem Deutschen Bundesverband für Logopädie (dbl) sowie 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 Heilmittelleistungserbringerzulassung Sachsen 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