

(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)	

Anerkenniserklärung Ergotherapie Sachsen-Anhalt

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 (jeder Verband verfügt über einen eigenständigen Vertrag):

AOK Sachsen-Anhalt, BKK-Landesverband Mitte, IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt, KNAPPSCHAFT mit

dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V.,

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) mit

dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V., und

dem Bundesverband der Ergotherapeuten in Deutschland e. V.

vdek als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis der Ersatzkassen mit

dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten 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 Sachsen-Anhalt 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