

(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 Schleswig-Holstein

Hiermit erkenne ich die gemäß § 125 Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 10.05.2019 vereinbarten, nachfolgend angeführten Versorgungsverträge in der jeweils geltenden Fassung einschließlich deren Anlagen an:

AOK NordWest

- dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) e.V., Karlsbad

dem BKK-Landesverband NORDWEST, IKK NORD und KNAPPSCHAFT mit

- dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) e.V., Karlsbad

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und dem
(Bitte entsprechend ankreuzen. Sie können nur ein Kreuz setzen.)

- Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) e.V., Karlsbad
- Bundesverband der Ergotherapeuten in Deutschland e. V.

vdek als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis mit

- dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) e.V., Karlsbad

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 Schleswig-Holstein 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