
(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)

Anerkenntnis-Erklärung Ernährungstherapie in 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:

udek als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis, AOK NordWest, IKK NORD, KNAPPSCHAFT, Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und dem BKK-Landesverband NORDWEST

- dem Berufsverband Oecotrophologie e.V. (**VDOE**), Bonn
- der Deutschen Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater - **QUETHEB e.V.**, Tübingen
- dem Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband (**VDD**) e.V., Essen
- dem Verband für Ernährung und Diätetik (**VFED**) e.V., Aachen

in der jeweils geltenden Fassung an.

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 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