

---

(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 Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie 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:

vdck als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis mit  
(Bitte entsprechend ankreuzen. Sie können nur ein Kreuz setzen.)

- dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen - Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen (dba) e.V., Hamburg, dem Deutschen Bundesverband für Logopädie (dbl) e.V., Frechen und 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.)

AOK NordWest mit

(Bitte entsprechend ankreuzen. Sie können nur ein Kreuz setzen.)

- dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen - Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen (dba) e.V., Hamburg
- dem Deutschen Bundesverband für Logopädie (dbl) e.V., Frechen
- dem Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) e.V., Moers

**oder**

- LOGO Deutschland e. V.

IKK NORD, KNAPPSCHAFT, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und dem BKK-Landesverband NORDWEST mit

(Bitte entsprechend ankreuzen. Sie können nur ein Kreuz setzen.)

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

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](http://www.zulassung-heilmittel.de/datenschutz.html)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers