

Anerkenntnis-Erklärung

.....
Weiterbildungsträger (Name, Firmenbezeichnung)

.....
Betriebssitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)

.....
Weiterbildungsstätte (Name, Firmenbezeichnung)

.....
Betriebssitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)

Hiermit erkennen wir die in den Gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V genannten Anforderungen an die Weiterbildung in der gerätegestützten Krankengymnastik (vgl. Anlage 3 der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen vom 17. Januar 2005) an.

Änderungen in der Weiterbildungsstätte insbesondere in der personellen Besetzung werden unverzüglich dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Askanischer Platz 1, 10963 Berlin, mitgeteilt. Wir sind damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen der Anforderungen an die Weiterbildung in gerätegestützter Krankengymnastik in den Gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V verbindlich werden, soweit wir diese Anerkenntnis-Erklärung nicht innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich widerrufen.

Wir verpflichten uns, unseren Erfüllungsgehilfen die Anforderungen der Gemeinsamen Empfehlungen zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen. Dies gilt insbesondere für die Beachtung der Dauer der Weiterbildung, der Lernziele, der Gewichtung der theoretischen und praktischen Elemente, der Abschlussprüfung sowie der räumlichen und personellen Anforderungen.

Die Anlage 3 der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen werden von uns für alle Teilnehmer an der Weiterbildung sichtbar ausgelegt, so dass die Teilnehmer sich über die Anforderungen der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen informieren können.

Ferner verpflichten wir uns, die Erfüllung der Eingangsvoraussetzungen der einzelnen Teilnehmer vor Beginn der Weiterbildung gemäß den Gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung zu überprüfen.

.....
(Ort/Datum)

.....
(Unterschrift des Weiterbildungsträgers)

.....
(Ort/Datum)

.....
(Unterschrift der Weiterbildungsstätte)