(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 Ergotherapie

Hiermit erkenne ich die jeweiligen Rahmenverträge zwischen dem **vdek** als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis, der **KNAPPSCHAFT**, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau **(SVLFG)** und dem

- Deutschen Verband der Ergotherapeuten (**DVE**) e.V., Becker-Göring Straße 26/1, 76307 Karlsbad,
- **Bundesverband der Ergotherapeuten in Deutschland e. V.** (gilt nur für SVLFG)

in der jeweils geltenden Fassung einschließlich der Anlagen und der für den Sitz meiner Praxis gültigen Vergütungsvereinbarung an.

Die Verträge und die Vergütungsvereinbarungen gemäß § 125 SGB V habe ich zur Kenntnis genommen.

Die Anerkennung der für die Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen, der KNAPPSCHAFT und der landwirtschaftlichen Krankenkasse geltenden Verträge ist nach § 124 Abs. 2 Nr. 3 SGB V eine Zulassungsvoraussetzung.

Meine vertraglichen Pflichten sind mir bekannt. Die Verträge gelten nur in Verbindung mit der erteilten Zulassung. Änderungen im Zusammenhang mit der Zulassung werde(n) ich/wir der vdek-Landesvertretung unverzüglich schriftlich mitteilen.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers