(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 Massage-/ Physiotherapie

Hiermit erkenne ich den jeweils zwischen dem **vdek** als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis, der **KNAPPSCHAFT** und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau **(SVFLG)** geschlossenen Vertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V einschließlich der Anlagen und der für den Sitz meiner Praxis gültigen Vergütungsvereinbarung mit

- dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten – **IFK e. V.**, Bochum
- der Vereinigung der selbstständigen Krankengymnasten **(VSK) e. V.**, Berlin
- den Landesverbänden
  des **VDB** – Physiotherapieverbandes, Berufs- und Wirtschaftsverbandes der Selbstständigen in der Physiotherapie e. V., Bonn
- den Landesverbänden
  des Deutschen Verbandes für Physiotherapie (**ZVK**) e. V., Köln
- dem Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (**VPT**) e. V., Hamburg

in der jeweils geltenden Fassung an.

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.

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

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 vdek-Landesvertretung unverzüglich schriftlich mitteilen.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers