(Vor- und Zuname des Antragstellers
bzw. genaue Firmenbezeichnung)

(Berufsbezeichnung)

(Vor- und Zuname des fachl. Leiters)

(Berufsbezeichnung des fachl. Leiters)

Sind Sie Mitglied eines Berufsverbandes?

☐ ja ☐ nein

Anschrift der Praxis

(Straße/Hausnummer)

(Postleitzahl/Ort)

(IK der Praxis)

(ggf. Name des Berufsverbandes)

Anerkenntnis-Erklärung Stimm-, Sprech-,Sprachtherapie (KNAPPSCHAFT und landwirtschaftliche Krankenkasse)

Hiermit erkenne ich den jeweils zwischen 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 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

in der jeweils geltenden Fassung an.

Die Anerkennung der für die Versorgung der Versicherten 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