

**Anlage 6**  
**Anerkenniserklärung**

zum  
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V  
über  
die Versorgung mit Leistungen  
der Ergotherapie  
und deren Vergütung

Name zuständiger Arbeitsgemeinschaft: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

**Anerkenniserklärung nach § 124 Absatz 1 Nr. 3 und § 124 Absatz 6 Satz  
1 SGB V**

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

(Vor- und Zu-) Name/Firmierung der oder des zuzulassenden bzw. zugelassenen Leistungserbringenden:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum (bei natürlichen Personen): \_\_\_\_\_

Praxissitz: Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon und Faxnummer der Praxis: \_\_\_\_\_

E-Mail der Praxis: \_\_\_\_\_

Hiermit erkenne ich den Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V zwischen dem BED und DVE und dem GKV-Spitzenverband über die Versorgung mit Leistungen der Ergotherapie und deren Vergütung einschließlich aller Anlagen in der jeweils gültigen Fassung an. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages werden mir gegenüber ohne weitere Anerkenniserklärung verbindlich.

Ich verpflichte mich, den von mir eingesetzten Mitarbeitenden die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen. Jegliches Fehlverhalten dieser Personen bei der Erfüllung der mir obliegenden Pflichten habe ich wie eigenes Verschulden zu vertreten. Die zivilrechtlichen Haftungsbestimmungen bleiben unberührt.

Informationen gemäß § 3 Absatz 4 über die von mir eingesetzten Leistungserbringenden sowie Angaben gemäß § 11 Absatz 11 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V füge ich bei.

\_\_\_\_\_ Ort, Datum

\_\_\_\_\_ Stempel, Unterschrift der Inhaberin oder des Inhabers