
(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 Ernährungstherapie

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 Berufsverband Oecotrophologie e.V. (**VDOE**), Bonn
- der Deutschen Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater - **QUETHEB e.V.**, Tübingen
- dem Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband (**VDD**) e.V., Essen
- dem Verband für Ernährung und Diätetik (**VFED**) e.V., Aachen

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