

---

(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 Podologie**

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 Verband Deutscher Podologen (**VDP**),  
Verband staatlich geprüfter und staatlich anerkannter medizinischer Fußpfleger und Podologen e.V.,
- dem Verband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e.V. (**ZFD**)

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.

Die Informationen über die Verarbeitung meiner Daten gemäß Artikel 13, 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und der mir daraus zustehenden Rechte habe ich auf der Webseite des vdek unter „Datenschutz“ zur Kenntnis genommen (<https://www.vdek.com/Service/datenschutz.html>).

---

Ort/Datum

---

Unterschrift des Antragstellers