

**Anlage 1 zum Vertrag nach § 125 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physikalischen Therapie zwischen den Landesverbänden und den Berufsverbänden in Berlin vom 31.03.2008**

**Anerkenniserklärung**

Praxisanschrift, bei juristischen Personen der gesetzliche Vertreter: \_\_\_\_\_

Inhaber/Geschäftsführer: \_\_\_\_\_

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

Den o.g. Vertrag nach § 125 SGB V erkenne(n) ich/wir an.

Ich/wir bestätige(n) den Erhalt des vorgenannten Vertrages gemäß § 125 SGB V über die Einzelheiten der Versorgung mit Leistungen der Physikalischen Therapie. Zugleich bestätige(n) ich/wir, dass mir/uns die Inhalte der Rahmenempfehlungen gemäß § 125 SGB V und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung in der jeweils geltenden Fassung bekannt sind.

Ich/wir erkläre(n) mich/uns mit den Regelungen des Vertrages einverstanden. Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages mir/uns gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden.

Ich/wir verpflichte(n) mich/uns, den Vertrag mit seinen Anlagen in der jeweils geltenden Fassung ordnungsgemäß und gewissenhaft zu erfüllen.

Ich/wir verpflichte(n) mich/uns, meinem/unserem eingesetzten Personal die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung in geeigneter Weise zu überwachen (Gilt nur für Praxisinhaber).

Ich/wir erkläre(n) , dass

- ich/wir den Beruf als Physiotherapeut/in, Krankengymnast/in, Masseur/in/medizinische(r) Bademeister/in in eigener Praxis im Sinne von § 3 Abs. 4 selbständig ausübe(n) und die Versorgung der Versicherten nach diesem Vertrag sicherstelle(n),
- die/der in meiner/unserer Praxis als fachliche(r) Leiter/Leiterin angestellte(n) Mitarbeiter/in den Beruf als Hauptberuf im Sinne von § 3 Abs. 4 ausübt(en) und die Versorgung der Versicherten nach diesem Vertrag sicherstellt(en),
- ich/wir in meiner/unserer Praxis nur Therapeuten beschäftige(n), die die fachlichen Voraussetzungen gemäß § 124 Absatz 2 Nr. 1 SGB V erfüllen,
- ich/ wir eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung gemäß § 14 Abs. 4 abgeschlossen habe(n).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel

\_\_\_\_\_  
eigenhändige Unterschrift des  
Leistungserbringers (bei juristischen Personen  
eigenhändige Unterschrift des gesetzlichen  
Vertreters unter Angabe der Funktion)

\_\_\_\_\_  
eigenhändige Unterschrift des fachlichen Leiters

Rücksendung an: BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse, Markgrafenstr. 62 in 10969 Berlin