

Vor- und Zuname des Praxisinhabers:

Geburtsdatum:

Praxissitz: Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Institutionskennzeichen:

## **Anerkenniserklärung**

Hiermit erkenne ich den Rahmenvertrag nach § 125 Abs. 2 SGB V zwischen dem VPT, ZVK, IFK, VDB und der AOK Baden-Württemberg über die Erbringung und Vergütung von physiotherapeutischen Leistungen vom 01.02.2012 mit allen Anlagen und evtl. Protokollnotizen (in der jeweils gültigen Fassung) an. Ich bin damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages mir gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden.

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

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift Praxisinhaber