

## **Anlage 1: Beitrittserklärung für Mitgliedsbetriebe des Fachverbands Orthopädie-Technik, Sanitäts-, Reha- und medizinischer Fachhandel Baden-Württemberg e.V.**

Zur Übersendung an das jeweilige EC Hilfsmittel der AOK-Baden-Württemberg

**Wichtiger Hinweis: Für jeden Filialbetrieb ist bitte die Beitrittserklärung gesondert auszufüllen.**

---

(Name/ggf. Rechtsform)

(Telefon/Fax)

---

(Straße/Hausnummer)

(E-Mail)

---

(Postleitzahl/Ort)

(Institutionskennzeichen)

### **§ 1 Erfüllung der Voraussetzungen für den Vertragsbeitritt**

Der Beitretende sichert mit der Unterzeichnung zu, dass er zum Zeitpunkt des Vertragsbeitritts und während des gesamten Versorgungszeitraumes sowohl die vertraglichen als auch gesetzlichen Voraussetzungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V erfüllt. Die hierfür gegebenenfalls noch zu erbringenden Nachweise sind dieser Beitrittserklärung beizufügen. Änderungen im Zusammenhang mit der Erfüllung der Voraussetzungen sind der AOK Baden-Württemberg unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

### **§ 2 Nachträgliche Änderung des Vertrages**

Nachträgliche Vertragsänderungen werden für Beigetretene ohne weitere Anerkennung verbindlich.

### **§ 3 Kündigung des Vertrages**

Wird der u. g. Vertrag gekündigt, besteht ab dem Zeitpunkt der Beendigung dieses Vertrages auch für Beigetretene kein Anspruch mehr auf die Abgabe von Hilfsmitteln nach diesem Vertrag.

### **§ 4 Wirksamkeit des Beitritts**

Der Beitritt wird frühestens mit Zugang der Beitrittserklärung des Mitgliedsbetriebes wirksam. Nach erfolgter Prüfung der AOK Baden-Württemberg erhält das Verbandsmitglied eine schriftliche Beitrittsbestätigung.



Vertragstitel	Vertrag / Anhang vom:	AC/TK bzw. Vertragscode (zutreffendes bitte ankreuzen)
„Rahmenvertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Rehabilitationshilfsmitteln“ in Verbindung mit den Versorgungsbereichen der produkt-gruppen-spezifischen Anhänge:	01.10.2023	<input type="checkbox"/> 11 Apotheken <input type="checkbox"/> 15 Sanitätshäuser <input type="checkbox"/> 19 Sonstige Leistungserbringer
PG 04 Bade- und Duschhilfen	01.06.2023	<input type="checkbox"/> 1x 01 04F
PG 10 Gehhilfen	01.10.2023	<input type="checkbox"/> 1x 01 10F
PG 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus	01.10.2023	<input type="checkbox"/> 1x 01 11F
PG 18/50 Kranken- und Behindertenfahrzeuge	01.10.2023	<input type="checkbox"/> 1x 01 18F
PG19 Krankenpflegeartikel	01.06.2023	<input type="checkbox"/> 1x 01 19F
PG 22 Mobilitätshilfen	01.10.2023	<input type="checkbox"/> 1x 01 22F
PG 26 Sitzhilfen	01.10.2023	<input type="checkbox"/> 1x 01 26F
PG 28 Stehhilfen	01.10.2023	<input type="checkbox"/> 1x 01 28F
PG 32 Therapeutische Bewegungsgeräte	01.10.2023	<input type="checkbox"/> 1x 01 32F
PG 33 Toilettenhilfen	01.10.2023	<input type="checkbox"/> 1x 01 33F
PG 50 Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	01.06.2023	<input type="checkbox"/> 1x 01 50F
PG 51 Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden	01.06.2023	<input type="checkbox"/> 1x 01 51F

**Ich/Wir erkläre/n**, dass ich/wir den Leitfaden zum Vertragsbeitritt (Link: <https://www.aok.de/gp/>) zur Kenntnis genommen habe/n. Ich/Wir bin/sind umfassend über die Inhalte der Verträge informiert. Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir dem aufgeführten Vertrag beitreten möchte/n.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift/Name des Leistungserbringers