

## **Anlage 6 Anerkenniserklärung**

**zum  
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V  
über  
die Versorgung mit Leistungen  
der Podologie  
und deren Vergütung  
vom 30.11.2020**

Name zuständiger Arbeitsgemeinschaft: \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

### **Anerkenniserklärung nach § 124 Abs. 1 Nr. 3 und § 124 Abs. 6 Satz 1 SGB V**

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

(Vor- und Zu-) Name/Firmierung des zuzulassenden bzw. zugelassenen Leistungserbringers:  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum (bei natürlichen Personen): \_\_\_\_\_

Praxissitz: Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon und Faxnummer der Praxis: \_\_\_\_\_

E-Mail der Praxis: \_\_\_\_\_

ggf. Name des Berufsverbandes: \_\_\_\_\_

Hiermit erkenne ich den Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V zwischen den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Podologen auf Bundesebene und dem GKV-Spitzenverband über die Versorgung mit Leistungen der Podologie und deren Vergütung vom 30.11.2020 einschließlich aller Anlagen in der jeweils gültigen Fassung an. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages werden mir gegenüber ohne weitere Anerkenniserklärung verbindlich.

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

Informationen gemäß § 3 Abs. 5 über die von mir eingesetzten Leistungserbringer sowie Angaben gemäß § 11 Abs. 8 des Vertrages nach § 125 Abs. 1 SGB V füge ich anbei.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift der Inhaberin oder des Inhabers