

**Anlage 1** zum Rahmenvertrag über die Durchführung von ernährungstherapeutischer Leistungen (RV-E) vom 06.02.2018, gültig ab 01.01.2018

Vor- und Zuname des Leistungserbringers: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

ggf. Vor- und Zuname fachliche Leitung: \_\_\_\_\_

ggf. Geburtsdatum fachliche Leitung: \_\_\_\_\_

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

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

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

**Anerkenniserklärung**

Hiermit erkenne ich den Rahmenvertrag über die Erbringung und Vergütung ernährungstherapeutischer Leistungen vom 06.02.2018 (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.

Ich bin mit der Weitergabe der Kontaktdaten meiner Praxis (u.a. Name, Anschrift, Telefonnummer) sowie der Angabe der indikationsspezifischen Zulassung im Bereich der „Ernährungstherapie (CF und/oder SAS) an Dritte (u.a. Ärzte, Kassenärztliche Vereinigungen, Selbsthilfegruppen) einverstanden.

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift fachliche Leitung  
(wenn nicht Antragsteller)