

**Anerkenniserklärung**

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname der Hebamme

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Ort

\_\_\_\_\_  
Institutionskennzeichen

Hiermit trete ich dem zwischen dem Deutschen Hebammen Verband e.V. und dem Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands BfHD e.V. und der AOK Niedersachsen geschlossenen, am 01.10.2013 in Kraft getretenen, Vertrag über Gesundheits- und Vorsorgeleistungen bei Schwangerschaft und Geburt nach § 11 Abs. 6 SGB V bei. Ich bin nicht Mitglied im Deutschen Hebammen Verband e.V. oder im Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands BfHD e.V.

Den Vertrag habe ich erhalten. Ich bin einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages sowie die Kündigung gemäß § 8 mir gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden.

Meine vertraglichen Pflichten sind mir bekannt. Ich habe die vertraglichen Regelungen meiner/meinen angestellten Hebammen bekannt gegeben und stelle deren Beachtung in geeigneter Weise sicher.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Hebamme