Antragsformular für die Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.)

Bitte verwenden Sie dieses Formular für die Neueröffnung einer Apotheke oder einen Besitzerwechsel.

Bei einem Wechsel des verantwortlichen Apothekers finden Sie das entsprechende Formular «Ein- und Austritte K-Nr. Angestellte» unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li)

(Die männliche Form gilt im Folgenden analog auch immer für die weibliche Form)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Neueröffnung ab Datum** | (Tag / Monat / Jahr) | |
| Bitte beachten Sie, dass das Datum der Eröffnung nicht vor dem Gültigkeitsdatum der Betriebsbewilligung erfolgen kann. Allfällige Leistungen vor diesem Datum können von den Versicherern verweigert werden. | | |
| **Besitzerwechsel ab Datum** | (Tag / Monat / Jahr) bestehende ZSR-Nr. Nummer eingeben | |
| **Basisdaten** | | | |
| Standort der Apotheke | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| GLN (Global Location Number) | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| UID (Unternehmens-IdentifikationsNr.) | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Name der Apotheke / Standortname | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Firma gemäss Handelsregister | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Rechtsform | | Einzelfirma  AG  GmbH  Genossenschaft  Verein  Stiftung  Öffentlich rechtliche Institution  Kollektivgesellschaft  Kommanditgesellschaft  anderes: | |
| Korrespondenzsprache | | deutsch  französisch  italienisch | |
| **Praxis- / Standortadresse** | | | |
| Adresszusatz | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Strasse | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Postfach | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| PLZ / Ort | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Telefon | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Mobile | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Fax | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Homepage | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| E-Mail | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Korrespondenzadresse (falls abweichend von der Adresse der Apotheke, zwingend mit Vollmacht)** | | | |
| Firma | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Anrede | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Nachname | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Vorname | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Adresszusatz | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Strasse | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Postfach | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| PLZ / Ort | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Land | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Telefon | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Mobile | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| E-Mail | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Zahlungsverkehr (Felder Kontoinhaber müssen zwingend vollständig ausgefüllt werden)** | | | |
| Abrechnung über Dritte (Inkassostelle) | | nein  Ärztekasse  swisscom health AG  Zahnärztekasse  VSA-IFAK  IFAK-DATA  OFAC  Abrechnung über Andere, **Mustereinzahlungsschein beilegen** | |
| Kontoinhaber: Name | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Kontoinhaber: Zusatzname | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Kontoinhaber: Strasse | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Kontoinhaber: Postfach | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Kontoinhaber: PLZ / Ort | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Kontoart | | PC-Konto  Bankkonto | |
| Clearing-Nummer | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Konto-Nummer | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| IBAN (21-stellig) | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Name der Bank | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Bei elektronischer Abrechnung über eine ESR-Nummer | | ESR-Nr (9-stellig) 0 1 \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  **Mustereinzahlungsschein beilegen** | |
| **In der Apotheke tätiger verantwortlicher Apotheker** | | | |
| In der Apotheke muss mindestens ein verantwortlicher Apotheker mit einer K-Nummer registriert sein. | | | |
| Anrede | | Frau  Herr | |
| Titel | | Dr. | |
| Name | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Vorname | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| GLN des Apotheker | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Geburtsdatum | | (Tag / Monat / Jahr) | |
| Verantwortlicher Apotheker ab | | (Tag / Monat / Jahr) | |
| K-Nummer | | nein  ja, K-Nr. Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Allfälliger weiterer verantwortlicher Apotheker** | | | |
| Anrede | | Frau  Herr | |
| Titel | | Dr. | |
| Name | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Vorname | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| GLN des Apotheker | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Geburtsdatum | | (Tag / Monat / Jahr) | |
| Verantwortlicher Apotheker ab | | (Tag / Monat / Jahr) | |
| K-Nummer | | nein  ja, K-Nr. Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)** | | | |
| **Unterlagen der Apotheke** | | | |
| Betriebsbewilligung Fürstentum Liechtenstein | | | |
| OKP-Vertrag beim Liechtensteinischen Krankenkassenverband (falls vorhanden) | | | |
| **Unterlagen pro Apotheker** | | | |
| Berufsausübungsbewilligung | | | |
| eidgenössisches Diplom oder ausländisches Diplom | | | |
| Bestätigung 2-jährige prakt. Tätigkeit **oder** FPH-Diplom | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Erklärung** | |
| Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die obenstehenden Angaben richtig sind. Mit der Angabe der Email-Adresse bestätigt der Gesuchsteller, dass er mit der Zustellung der ZSR-Unterlagen und dem weiteren schriftlichen Verkehr über diese E-Mail-Adresse einverstanden ist.  Er verpflichtet sich, sämtliche Änderungen mit dem aktuellen offiziellen Mutationsformular dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV) [www.lkv.li](http://www.lkv.li) umgehend zu melden, damit eine Nachprüfung der Zulassungsbestimmungen erfolgen kann. Er hat das Recht, jederzeit einen aktuellen Datenauszug zu verlangen.  Der Leistungserbringer bestätigt, von den aktuellen Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Zahlstellenregisters (AGB ZSR) Kenntnis genommen zu haben und beachtet, dass die ZSR- bzw. K-Nummer aufgrund der Angaben in diesem Formular erteilt wird. Falsche oder unvollständige Angaben können ebenso wie das Unterlassen von Mutationsmeldungen zu Problemen bei der Bezahlung der erbrachten Leistungen führen. Jegliche Haftung im Zusammenhang mit der Erteilung oder allfälligen Nichterteilung der ZSR- bzw. K-Nummer wird ausdrücklich ausgeschlossen.  Die ZSR- bzw. K-Nummer wird für den Zeitraum von 5 Jahren ausgestellt und kann anschliessend verlängert werden.  Gemäss Art. 72a KVV werden die entstehenden Kosten bei der Zuteilung von ZSR und K-Nr. an die Leistungserbringer weiterverrechnet. | |
| Ort und Datum  Ort und Datum | Unterschrift  Vorname Name |

Antragsformular und Dokumente senden an:   
**Liechtensteinischer Krankenkassenverband, Landstrasse 151, 9494 Schaan**

**oder Mail an** [**manuela.kaufmann@lkv.li**](mailto:manuela.kaufmann@lkv.li)

**Tel: 00423 233 43 00**