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

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für die Beantragung einer ZSR-Nummer als natürliche, selbstständig tätige Person. Bei der Gründung einer juristischen Person (AG, GmbH etc.) muss eine ZSR-Nummer als Einrichtung beantragt werden. Das entsprechende Formular finden Sie unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li)

Für Ärzte im Anstellungsverhältnis verwenden Sie das Formular «Ein-Austritt K-Nummer» unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li).

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Basisdaten | | |
| Standort der Arztpraxis | | 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. |
| Anrede | | Frau  Herr |
| Titel | | Dr. med.  PD Dr. med.  Prof. Dr. med.  med. prakt. |
| Nachname | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Praxisname | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum | | (Tag / Monat / Jahr) |
| Rechtsform | | Einzelfirma  andere: |
| 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 Praxis | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Mobile | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Fax Praxis | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Homepage | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail Praxis | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Privatadresse (zwingend notwendig für die Erteilung einer ZSR-Nummer) | | |
| 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 Privat | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Mobile | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail Privat | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Korrespondenzadresse:   Praxisadresse  Privatadresse  Korrespondenzadresse an Dritte (Angaben unten)** | | |
| Korrespondenzadresse an Dritte (falls gewünscht, 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** |
| Ausbildung und Qualifikationen | | |
| Verfügen Sie über mehrere eidg. Weiterbildungstitel oder ausländischer Weiterbildungstitel mit Anerkennung? | | nein  ja, Haupttätigkeit: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Status | | |
| Praxiseröffnung Aufnahme der selbständigen Tätigkeit | | (Tag / Monat / Jahr) |
| Bitte beachten Sie, dass das Datum der Aufnahme der selbständigen Tätigkeit nicht vor dem Gültigkeitsdatum der Berufsausübungsbewilligung erfolgen kann. Allfällige Behandlungen vor diesem Datum können von den Versicherern verweigert werden. | | |
| Übernahme Arztpraxis | | nein  ja, von (Name): |
| Entschädigungsart | | tiers payant  tiers garant |
| Ausrichtung der Praxistätigkeit | | |
| Homöopathische Tätigkeit | | ja  nein |
| Dialyse-Behandlungen | | ja  nein |
| Operative Ophthalmologie | | ja  nein |
| Psychosomatische Behandlungen | | ja  nein |
| Gynäkologie | | ja  nein |
| Pädiatrie | | ja  nein |
| Praxiseinrichtung und -spezialität | | |
| Selbstdispensation voll | | ja  nein |
| Selbstdispensation Notfall | | ja  nein |
| Selbstdispensation Betäubungsmittel | | ja  nein |
| Eigenes Labor | | ja (Weiterbildungsnachweis beilegen)  nein |
| Eigenes Röntgen | | ja (Praktischer Arzt; Weiterbildungsnachweis beilegen)  nein |
| Eigener Ultraschall | | ja (Praktischer Arzt; Weiterbildungsnachweis beilegen)  nein |
| Eigene Physiotherapie | | ja  nein |
| Beziehungen | | |
| Ambulante Belegarzttätigkeit | | nein  ja, ZSR-Nr. ZSR-Nummer von Spital |
| Anstellung im Spital | | nein  ja, ZSR-Nr. ZSR-Nummer von Spital |
| Persönliche ZSR-Nummern | | nein  ja, ZSR-Nr. ZSR-Nummer |
| Persönliche K-Nr. als angestellter/leitender Arzt | | nein  ja. K-Nr. K-Nummer eingeben |
| Angestellte Ärzte oder nicht ärztliche Psychotherapeuten | | |
| Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an: | | |
|  | **Sie beschäftigen Ärzte im Anstellungsverhältnis**  Die Beantragung einer K-Nummer für angestellte Ärzte ist zwingend. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular «Ein-Austritt K-Nummer» für angestellte Ärzte. Sie finden dieses auf [www.lkv.li](http://www.lkv.li). | |
|  | **Sie beschäftigen keine Ärzte im Anstellungsverhältnis** | |
| Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt) | | |
| Berufsausübungsbewilligung Fürstentum Liechtenstein | | |
| OKP-Vertrag beim Liechtensteinischen Krankenkassenverband (falls vorhanden) | | |
| Diplom | | |
| Weiterbildungstitel | | |
| Fähigkeits-/Fertigkeitsausweise (falls vorhanden) | | |
| Ausweise Schwerpunkte (falls vorhanden) | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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**