Ein- und Austritt Kontrollnummer (K-Nr.)

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für die Meldung eines Eintrittes, bzw. Austrittes von Ärzten, angestellt bei Ärzten oder Einrichtungen gemäss Art. 37 Abs.1 GesG. Selbständig tätige Personen beantragen eine ZSR-Nummer unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li). Bei der Gründung einer juristischen Person (AG, GmbH etc.) muss eine ZSR-Nr. als Einrichtung (gemäss Artikel 37 Abs. 1 GesG) beantragt werden. Das entsprechende Formular finden Sie unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li).

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Arbeitgeber** | |
| ZSR-Nummer des Arbeitgebers | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name, Vorname des Arbeitgebers, bzw.  Name der Einrichtung | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Eintritt angestellter Arzt** | |
| Im Falle eines Anstellungsverhältnisses in einer Einrichtung benötigen wir folgende Angabe: | leitender Arzt  nicht leitender Arzt  Mindestens eine angestellte Person muss leitend sein. |
| Anrede | Frau  Herr |
| Titel | Dr. med.  PD Dr.  Prof. Dr. med.  med. prakt. |
| Name | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| GLN der angestellten Person | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum | (Tag/Monat/Jahr) |
| Angestellt ab | (Tag/Monat/Jahr) |
| Persönliche ZSR-Nummer | nein  ja, ZSR-Nummer ZSR-Nr. angeben |
| Persönliche K-Nummer | nein  ja, K-Nummern K-Nr. angeben |
| **Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)** | |
| Berufsausübungsbewilligung Fürstentum Liechtenstein | |
| OKP-Vertrag beim Liechtensteinischen Krankenkassenverband (falls vorhanden) | |
| Diplom | |
| Fähigkeitsausweise, Schwerpunkte, bzw. interdisziplinäre Schwerpunkte (falls vorhanden) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Austritt angestellter Arzt** | | |
| K-Nummer | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Name | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Vorname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Austritt per | (Tag/Monat/Jahr) | |
| **Erklärung** | |
| Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die obenstehenden Angaben richtig sind und er von den aktuellen Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Zahlstellenregisters (AGB ZSR) Kenntnis genommen hat.  Die K-Nummer wird aufgrund der Angaben in diesem Formular erteilt. 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 K-Nummer wird ausdrücklich ausgeschlossen.  Gemäss Art. 72a KVV werden die entstehenden Kosten bei der Zuteilung von ZSR und K-Nr. an die Leistungserbringer weiterverrechnet. | |
| Ort und Datum | Unterschrift  Vorname Name |

Formular und Dokumente senden an:   
**Liechtensteinischer Krankenkassenverband, Landstrasse 151, 9494 Schaan  
oder Mail** [**manuela.kaufmann@lkv.li**](mailto:manuela.kaufmann@lkv.li)

**Tel. 00423 233 43**