Ein- und Austritt Kontrollnummer (K-Nr.)

Bitte verwenden Sie dieses Formular für einen Wechsel des verantwortlichen Laborleiters oder für die Meldung eines Eintrittes-, bzw. Austritt einer angestellten Person, welche über eine FAMH-Weiterbildung verfügt. Für die Neueröffnung eines Laboratoriums oder einen Besitzerwechsel, verwenden Sie bitte, das „Antragsformular für eine ZSR-Nummer“ 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 Laboratoriums | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name des Laboratoriums | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Eintritt Mitarbeitender** | |
| leitend (mindestens eine angestellte Person muss leitend sein)  nicht leitend | |
| Anrede | Frau  Herr  Dr. |
| 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 K-Nummer | nein  ja, K-Nummer K-Nr. angeben |
| **Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)** | |
| Berufsausübungsbewilligung Fürstentum Liechtenstein **(nur Leitende)** | |
| Bestätigung FAMH-Titel oder vom EDI ausgestellte Gleichwertigkeitsanerkennung | |
| **Austritt Mitarbeitender** | |
| 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 an** [**manuela.kaufmann@lkv.li**](mailto:manuela.kaufmann@lkv.li)

**Tel. 00423 233 43 00**