Ein- und Austritt Kontrollnummer (K-Nr.)

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für die Meldung eines Eintrittes, bzw. Austrittes von med. Masseure im Angestelltenverhältnis. Für selbständig tätige med. Masseure finden Sie das Antragsformular für eine ZSR-Nummer unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li). Für juristische Personen (AG, GmbH etc.), welche eine ZSR-Nr. als Organisation beantragen wollen, ist das Formular unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li) zu finden.

(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 Organisation | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Eintritt med. Masseur** | |
| Im Falle eines Anstellungsverhältnisses in einer Organisation benötigen wir folgende Angabe: | leitender med. Masseur  nicht leitender med. Masseur  Mindestens eine angestellte Person muss leitend sein. |
| Anrede | Frau  Herr |
| 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 |
| Persönliche ZSR-Nummer | nein  ja, ZSR-Nummern ZSR-Nr. angeben |
| **Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)** | |
| Berufsausübungsbewilligung Fürstentum Liechtenstein | |
| Ausbildungsnachweise für leitende und nicht leitende Angestellte | |
| Nachweis 2-jährige praktische Tätigkeit à 100% | |
| Diplom Zusatzausbildung Hippotherapie (falls vorhanden) | |
| **Austritt med. Masseur** | |
| 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 Arbeitgeber  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**