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

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für die Beantragung einer ZSR-Nummer für selbstständig tätige Personen.

Für juristische Personen (AG, GmbH etc.) welche eine ZSR-Nummer als Spitex (Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause) beantragen wollen, ist das Formular unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li) zu finden.

Für angestellte Pflegefachpersonen in einer Spitexorganisation verwenden Sie bitte das Formular «Ein-Austritt K-Nummer» unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li). Gemeldet werden müssen ausschliesslich angestellte Pflegefachpersonen mit den Zusatzausbildungen «Bedarfsabklärung in der Psychiatriepflege», «Diabetesberatung» und «Stillberatung».

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

|  |  |
| --- | --- |
| Basisdaten | |
| Standort | 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 |
| 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. |
| Land | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon privat | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Mobile privat | 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** |
| Status | |
| Praxiseröffnung Aufnahme der selbständigen Tätigkeit | (Tag / Monat / Jahr) |
| Bitte wählen Sie das Aufnahmedatum der selbständigen Tätigkeit sorgfältig aus. 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. | |
| Beziehungen | |
| Persönliche ZSR-Nummern | nein  ja, ZSR-Nr. ZSR-Nr. angeben |
| Persönliche K-Nr. als angestellte/leitende Pflegefachperson | nein  ja, K-Nr. K-Nr. angeben |
| Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt) | |
| Berufsausübungsbewilligung Fürstentum Liechtenstein | |
| Diplom FH mit Registriernummer (BSc oder MSc) **oder**  ausländisches Diplom | |
| Diplom Diabetesberatung (falls vorhanden) | |
| Diplom Stillberatung (falls vorhanden) | |
| Befähigung zur Bedarfsabklärung in der Psychiatriepflege mit Zusatzausbildung (falls vorhanden) | |
| Nachweis 2-jährige praktische Tätigkeit à 100% | |
| OKP-Vertrag beim Liechtensteinischen Krankenkassenverband (falls vorhanden) | |
| habe kein Anstellungsverhältnis, **ansonsten:**  Einverständnis des Arbeitgebers zur selbständigen Tätigkeit beilegen | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 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.  Es gilt die aktuelle Gebührenordnung und das ZSR-Bearbeitungsreglement. Beide Dokumente können auf der Web-Seite der SASIS AG [www.sasis.ch/de/634](http://www.sasis.ch/de/634) unter der Rubrik «Rechtliche Grundlagen» eingesehen werden. | |
| 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**