Ein- und Austritt Kontrollnummer (K-Nr.)

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für die Meldung eines Eintrittes, bzw. Austrittes von angestellten Pflegefachpersonen, welche in einer Spitex-Organisation tätig sind und über eine Zusatzausbildung in Diabetesberatung, Stillberatung oder Bedarfserklärung Psychiatrie verfügen. Für Pflegefachpersonen die in einer Spitex-Organisation tätig sind und über keine dieser Weiterbildungen verfügen, muss keine K-Nr. beantragt werden.

Für juristische Personen (AG, GmbH, etc.) welche eine ZSR-Nummer als Spitex-Organisation beantragen wollen, ist das Formular unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li) zu finden. Selbständig tätige Pflegefachpersonen verwenden bitte das entsprechende Formular unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li).

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Arbeitgeber** | |
| ZSR-Nummer der Spitex Organisation | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name der Spitex Organisation | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Eintritt Pflegefachperson mit Zusatzausbildung** | |
| 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 |
| Persönliche ZSR-Nummer | nein  ja, ZSR-Nummern |
| Zusatzausbildung in | Befähigung zur Bedarfsabklärung Psychiatriepflege  Diabetesberatung  Stillberatung |
| **Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)** | |
| Diplom FH mit Registriernummer (BSc oder MSc) **oder**  ausländisches Diplom | |
| Befähigung zur Bedarfsabklärung in der Psychiatriepflege mit Zusatzausbildung (falls vorhanden) | |
| Diplom Diabetesberatung (falls vorhanden) | |
| Diplom Stillberatung (falls vorhanden) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Austritt der Pflegefachperson mit Zusatzausbildung** | | |
| 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  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**