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

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für die Beantragung einer ZSR-Nummer als natürliche, selbstständig tätige Person. Bei der Gründung einer juristischen Person (AG, GmbH etc.) muss eine ZSR-Nummer als Einrichtung beantragt werden. Das entsprechende Formular finden Sie unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li)

Für Psychologen/Psychotherapeuten im Anstellungsverhältnis verwenden Sie das Formular «Ein-Austritt K-Nummer» unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li).

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

|  |
| --- |
| Basisdaten |
| Standort der Praxis | 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 |
| Titel | [ ]  Dr. [ ]  PD Dr. [ ]  Prof. Dr.  |
| 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** |
| Ausbildung und Qualifikationen |
| Verfügen Sie über mehrere eidg. Weiterbildungstitel oder ausländischer Weiterbildungstitel mit Anerkennung? | [ ]  nein [ ]  ja, Haupttätigkeit: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Status |
| PraxiseröffnungAufnahme der selbständigen Tätigkeit | (Tag / Monat / Jahr) |
| Bitte 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. |
| Übernahme Praxis | [ ]  nein [ ]  ja, von (Name): |
| Entschädigungsart  | [ ]  tiers payant [ ]  tiers garant |
| Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt) |
| [ ]  Berufsausübungsbewilligung Fürstentum Liechtenstein |
| [ ]  OKP-Vertrag beim Liechtensteinischen Krankenkassenverband (falls vorhanden) |
| [ ]  Diplom  |
| [ ]  Weiterbildungstitel |
| [ ]  Fähigkeits-/Fertigkeitsausweise (falls vorhanden) |
| [ ]  Ausweise Schwerpunkte (falls vorhanden) |

|  |
| --- |
| 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 | UnterschriftVorname Name |

Antragsformular und Dokumente senden an:
**Liechtensteinischer Krankenkassenverband, Landstrasse 151, 9494 Schaan**

**oder Mail an** **manuela.kaufmann@lkv.li**

**Tel: 00423 233 43 00**