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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Basisdaten** | | |
| Standort des Spitals | 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. | |
| Spital- / Standortname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Firma gemäss Handelsregister | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Rechtsform | AG  GmbH  Genossenschaft  Verein  Stiftung  Öffentlich rechtliche Institution  Kollektivgesellschaft  Kommanditgesellschaft  anderes: | |
| Korrespondenzsprache | deutsch  französisch  italienisch | |
| **Spital- / 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. | |
| **Korrespondenzadresse (falls abweichend von der Adresse des Spitals, 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** | | |
| Eröffnung des Spitals | (Tag / Monat / Jahr) | |
| Bitte beachten Sie, dass das Datum der Eröffnung nicht vor dem Gültigkeitsdatum der Betriebsbewilligung erfolgen kann. Allfällige Leistungen vor diesem Datum können von den Versicherern verweigert werden. | | |
| **Einrichtung** | | |
| Spitallaboratorium Typ A | Anzahl Laboratorien Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Spitallaboratorium Typ B | Anzahl Laboratorien Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Spitallaboratorium Typ C | Anzahl Laboratorien Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Spezialgebiet | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Gruppierungsattribut** | | |
| Trägerschaft | privat  öffentlich | |
| Kategorie Anzahl Betten | Anzahl: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Tarifsystem | Tagestaxen  Abteilungspauschalen  Fallpauschalen | |
| Finanzierungsform | nicht subventioniert  subventioniert  kein Listenspital | |
| **Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)** | | |
| Betriebsbewilligung Fürstentum Liechtenstein | | |
| **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) eingesehen werden. | | |
| 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**