Ein- und Austritt Kontrollnummer (K-Nr.)

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für die Meldung eines Eintrittes, bzw. Austrittes von Ärzten, angestellt bei Ärzten oder Einrichtungen gemäss Art. 37 Abs.1 GesG. Selbständig tätige Personen beantragen eine ZSR-Nummer unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li). Bei der Gründung einer juristischen Person (AG, GmbH etc.) muss eine ZSR-Nr. als Einrichtung (gemäss Artikel 37 Abs. 1 GesG) beantragt werden. Das entsprechende Formular finden Sie unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li).

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Arbeitgeber** | |
| ZSR-Nummer des Arbeitgebers |  |
| Name, Vorname des Arbeitgebers, bzw.  Name der Einrichtung |  |
| **Eintritt angestellter Arzt** | |
| Im Falle eines Anstellungsverhältnisses in einer Einrichtung benötigen wir folgende Angabe: | leitender Arzt  nicht leitender Arzt  Mindestens eine angestellte Person muss leitend sein. |
| Anrede | Frau  Herr |
| Titel | Dr. med.  PD Dr.  Prof. Dr. med.  med. prakt. |
| Name |  |
| Vorname |  |
| GLN der angestellten Person |  |
| Geburtsdatum | (Tag/Monat/Jahr) |
| Angestellt ab | (Tag/Monat/Jahr) |
| Persönliche ZSR-Nummer | nein  ja, ZSR-Nummer |
| Persönliche K-Nummer | nein  ja, K-Nummern |
| **Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)** | |
| Berufsausübungsbewilligung Fürstentum Liechtenstein | |
| OKP-Vertrag beim Liechtensteinischen Krankenkassenverband (falls vorhanden) | |
| Diplom | |
| Fähigkeitsausweise, Schwerpunkte, bzw. interdisziplinäre Schwerpunkte (falls vorhanden) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Austritt angestellter Arzt** | | |
| K-Nummer |  | |
| Name |  | |
| Vorname |  | |
| Austritt per | (Tag/Monat/Jahr) | |
| **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 dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV) [www.lkv.li](http://www.lkv.li) 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.  Gemäss Art. 72a KVV werden die entstehenden Kosten (SASIS und LKV) bei der Zuteilung von ZSR und K-Nr. an die Leistungserbringer weiterverrechnet. | |
| Ort und Datum | Unterschrift  Vorname Name |

Formular und Dokumente senden an:   
**Liechtensteinischer Krankenkassenverband, Landstrasse 151, 9494 Schaan  
oder Mail** [**manuela.kaufmann@lkv.li**](mailto:manuela.kaufmann@lkv.li)

**Tel. 00423 233 43**