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

Bei der Gründung einer juristischen Person (AG, GmbH etc.) muss eine ZSR-Nummer als Institution beantragt werden. Das vorliegende Formular dient diesem Zweck. Für Zahnärzte, welche in der Institution tätig sind, finden Sie das entsprechende Antragsformular «Ein-Austritt K-Nummer» unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li) oder Sie beantworten die Fragen direkt in diesem Formular auf S. 3. Für die Beantragung einer ZSR-Nummer als natürliche, selbstständig tätige Person finden Sie das Formular unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li).

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

|  |
| --- |
| **Basisdaten** |
| Standort der Institution |       |
| GLN (Global Location Number) |       |
| UID (Unternehmens-IdentifikationsNr.) |       |
| Praxis- / Standortname |       |
| Firma gemäss Handelsregister |       |
| Rechtsform (die Institution darf keine Einzelfirma sein) | [ ]  AG [ ]  GmbH [ ]  Genossenschaft [ ]  Verein [ ]  Stiftung[ ]  Öffentlich rechtliche Institution [ ]  Kollektivgesellschaft [ ]  Kommanditgesellschaft [ ]  anderes: |
| Korrespondenzsprache | [ ]  deutsch [ ]  französisch [ ]  italienisch |
| **Praxis- / Standortadresse** |
| Adresszusatz |       |
| Strasse |       |
| Postfach |       |
| PLZ / Ort  |       |
| Telefon Praxis |       |
| Mobile |       |
| Fax Praxis |       |
| Homepage |       |
| E-Mail Praxis |       |
| **Korrespondenzadresse (falls abweichend von der Adresse der Institution, zwingend mit Vollmacht)** |
| Firma |       |
| Anrede |       |
| Nachname |       |
| Vorname |       |
| Adresszusatz |       |
| Strasse |       |
| Postfach |       |
| PLZ / Ort |       |
| Land |       |
| Telefon |       |
| Mobile |       |
| E-Mail |       |
| **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  |       |
| Kontoinhaber: Zusatzname |       |
| Kontoinhaber: Strasse |       |
| Kontoinhaber: Postfach |       |
| Kontoinhaber: PLZ / Ort |       |
| Kontoart  | [ ]  PC-Konto [ ]  Bankkonto |
| Clearing-Nummer |       |
| Konto-Nummer |       |
| IBAN (21-stellig) |       |
| Name der Bank |       |
| Bei elektronischer Abrechnung über eine ESR-Nummer | ESR-Nr (9-stellig) 0 1 \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**Mustereinzahlungsschein beilegen** |
| **Status** |
| Eröffnung der Institution | (Tag / Monat / Jahr) |
| Bitte beachten Sie, dass das Datum der Eröffnung nicht vor dem Gültigkeitsdatum der Betriebsbewilligung bzw. Zulassung zu Lasten der OKP erfolgen kann. Allfällige Leistungen vor diesem Datum können von den Versicherern verweigert werden. |
| **In der Institution tätige Zahnärzte** |
| **WICHTIG** Zahnärzte, welche im Angestelltenverhältnis einer Institution tätig sind, wird eine K-Nummer erteilt. Mit der Erteilung einer K-Nr. wird eine bereits bestehende, persönliche ZSR-Nr. des Zahnarztes sistiert. Sollte ein Zahnarzt nur Teilzeit in der Institution tätig sein, und möchte aus diesem Grunde seine ZSR-Nr. behalten, benötigen wir eine **schriftliche begründete Erklärung des Zahnarztes**. |

|  |
| --- |
| **In der Einrichtung tätige Zahnärzte** |
| [ ]  leitender Zahnarzt[ ]  nicht leitender Zahnarzt | Mindestens ein in der Institution angestellter Zahnarzt muss leitend sein. |
| Anrede | [ ]  Frau [ ]  Herr |
| Titel | [ ]  Dr. med. dent. [ ]  PD Dr. med. dent. [ ]  Prof. Dr. med. dent. [ ]  med. dent. |
| Name |       |
| Vorname |       |
| GLN des Zahnarztes |       |
| Geburtsdatum | (Tag / Monat / Jahr) |
| In der Institution tätig ab | (Tag / Monat / Jahr) |
| K-Nummer | [ ]  nein [ ]  ja, K-Nr.       |
| ZSR-Nummer | [ ]  nein [ ]  ja, ZSR-Nr.       |
| **In der Einrichtung tätige Zahnärzte** |
| [ ]  leitender Zahnarzt[ ]  nicht leitender Zahnarzt | Mindestens ein in der Institution angestellter Zahnarzt muss leitend sein. |
| Anrede | [ ]  Frau [ ]  Herr |
| Titel | [ ]  Dr. med. dent. [ ]  PD Dr. med. dent. [ ]  Prof. Dr. med. dent. [ ]  med. dent. |
| Name |       |
| Vorname |       |
| GLN des Zahnarztes |       |
| Geburtsdatum | (Tag / Monat / Jahr) |
| In der Institution tätig ab | (Tag / Monat / Jahr) |
| K-Nummer | [ ]  nein [ ]  ja, K-Nr.       |
| ZSR-Nummer | [ ]  nein [ ]  ja, ZSR-Nr.       |
| **In der Einrichtung tätige Zahnärzte** |
| [ ]  leitender Zahnarzt[ ]  nicht leitender Zahnarzt | Mindestens ein in der Institution angestellter Zahnarzt muss leitend sein. |
| Anrede | [ ]  Frau [ ]  Herr |
| Titel | [ ]  Dr. med. dent. [ ]  PD Dr. med. dent. [ ]  Prof. Dr. med. dent. [ ]  med. dent. |
| Name |       |
| Vorname |       |
| GLN des Zahnarztes |       |
| Geburtsdatum | (Tag / Monat / Jahr) |
| In der Institution tätig ab | (Tag / Monat / Jahr) |
| K-Nummer | [ ]  nein [ ]  ja, K-Nr.       |
| ZSR-Nummer | [ ]  nein [ ]  ja, ZSR-Nr.       |
| **Bei weiteren in der Institution tätigen Zahnärzten bitten wir Sie, die Seite 3 zu kopieren und auszufüllen.** |
| **Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)** |
| **Unterlagen der Institution** |
| [ ]  Betriebsbewilligung Fürstentum Liechtenstein |
| **Unterlagen pro Zahnarzt** |
| [ ]  Berufsausübungsbewilligung Fürstentum Liechtenstein |
| [ ]  OKP-Vertrag beim Liechtensteinischen Krankenkassenverband (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 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 | 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**