Mutationsformular

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für Mutationsmeldungen Ihrer ZSR-Nummer als selbständig tätige Person. Das Mutationsformular für eine Organisation (juristische Person oder Personengesellschaft) finden Sie ebenfalls unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li). Das Formular für Meldungen über Ein- und Austritte Ihrer Angestellten finden Sie unter: [www.lkv.li](http://www.lkv.li).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Art der Mutation** | | |
| Namensänderung | | Gültig ab:  Zwingen die Kopie eines amtlichen Ausweises (z.B. ID) beilegen |
| Adressänderung | | Gültig ab: |
| Kontoänderung | | Gültig ab: |
| Annullierung der ZSR-Nummer | | Beendigung der selbständigen Tätigkeit per: Datum eingeben  Bitte beachten Sie: Ist eine ZSR-Nr. sistiert, so können die Krankenversicherer keine Rechnungen mehr über diese ZSR-Nummer vergüten. Leistungen, welche vor dem Sistierungsdatum (das Behandlungsdatum ist dabei massgebend) erbracht wurden, können nach wie vor mit den Krankenversicherern abgerechnet werden. Des Weiteren dürfen Apotheken keine Rezepte einlösen, wenn die Abrechnungsnummer sistiert ist.  Falls Sie Ihre ZSR-Nummer zu einem späteren Zeitpunkt wieder benötigen, kann Ihre ZSR-Nummer reaktiviert werden, sofern die gesetzlichen Bestimmungen und Voraussetzungen erfüllt sind. Für die Reaktivierung wird eine administrative Gebühr geschuldet. |
| **Basisdaten** | | |
| ZSR-Nummer | |  |
| GLN Global Location Number | |  |
| UID (Unternehmens-Identifikations-Nr.) | |  |
| Anrede | | Frau  Herr |
| Titel | | Dr. med.  Dr. med. dent.  PD Dr. med.  med. prakt.  PD Dr. med. dent.  Prof. Dr. med.  Prof. Dr. med. dent. |
| Nachname | |  |
| Vorname | |  |
| Praxisname | |  |
| Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) | |  |
| Rechtsform | | Einzelfirma  andere: |
| Korrespondenzsprache | | deutsch  französisch  italienisch |
| **Praxis- / Standortadresse** | | |
| Adresszusatz | |  |
| Adresse / Postfach | |  |
| PLZ, Ort | |  |
| Telefon Praxis | |  |
| Mobile | |  |
| Fax Praxis | |  |
| Homepage | |  |
| E-Mail | |  |
| **Privatadresse** | | |
| Adresszusatz | |  |
| Adresse, Postfach | |  |
| PLZ, Ort | |  |
| Land | |  |
| Telefon privat | |  |
| Mobile privat | |  |
| E-Mail privat | |  |
| **Korrespondenzadresse:**  **Praxisadresse**  **Privatadresse**  **Korrespondenzadresse an Dritte (Angaben unten)** | | |
| **Korrespondenzadresse an Dritte (falls gewünscht, zwingend mit Vollmacht)** | | |
| Firma | |  |
| Anrede | |  |
| Nachname | |  |
| Vorname | |  |
| Strasse / Postfach | |  |
| PLZ, Ort | |  |
| Land | |  |
| Telefon | |  |
| Mobile | |  |
| E-Mail | |  |
| **Zahlungsverkehr (Felder Kontoinhaber müssen zwingend vollständig ausgefüllt werden)** | | |
| Kontoart | | PC-Konto  Bankkonto |
| IBAN (21-stellig) | |  |
| Konto-Nummer | |  |
| Clearing-Nummer | |  |
| Name der Bank | |  |
| Bei elektronischer Abrechnung über eine ESR-Nummer | | ESR-Nr (9-stellig) 0 1 \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  **Mustereinzahlungsschein beilegen** |
| Kontoinhaber: Name, Vorname | |  |
| Kontoinhaber: Zusatzname | |  |
| Kontoinhaber: Strasse / Postfach | |  |
| Kontoinhaber: PLZ, Ort | |  |
| Abrechnung über Dritte (Inkassostelle) | | Nein  Ärtzekasse  curabil  Zahnärztekasse  OFAC  VSA-IFAK  IFAK-DATA  Abrechnung über Andere,  **Mustereinzahlungsschein beilegen** |
| **Erklärung**  **Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die Verwendung der weiblichen Form verzichtet** | | |
| |  | | --- | | 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 Leistungserbringer | |
|  | Vorname Name | |

Mutationsformular senden an:

**Liechtensteinischer Krankenkassenverband, Wuhrstrasse 13, Postfach 281, 9490 Vaduz**

**oder Mail: info@lkv.li / Tel. 00423 233 43 00**