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

|  |  |
| --- | --- |
| Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für die Beantragung einer ZSR-Nummer für eine natürlich, selbstständige Person. Für eine juristische Person (AG, GmbH etc.) finden Sie das entsprechende Formular unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li). Für Logopäden 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 |  |
| GLN (Global Location Number) |  |
| UID (Unternehmens-IdentifikationsNr.) |  |
| Anrede | Frau  Herr |
| Nachname |  |
| Vorname |  |
| Praxisname |  |
| Geburtsdatum | (Tag / Monat / Jahr) |
| Rechtsform | Einzelfirma  andere: |
| Korrespondenzsprache | deutsch  französisch  italienisch |
| Praxis- / Standortadresse | |
| Adresszusatz |  |
| Strasse |  |
| Postfach |  |
| PLZ / Ort |  |
| Telefon Praxis |  |
| Mobile |  |
| Fax Praxis |  |
| Homepage |  |
| E-Mail Praxis |  |
| Privatadresse (zwingend notwendig für die Erteilung einer ZSR-Nummer) | |
| Adresszusatz |  |
| Strasse |  |
| 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 |  |
| 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 | |
| Praxiseröffnung Aufnahme der selbständigen Tätigkeit | (Tag / Monat / Jahr) |
| 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. | |
| Beziehungen | |
| Persönliche ZSR-Nummern | nein  ja, ZSR-Nr. |
| Persönliche K-Nr. als angestellter/leitender Logopäde | nein  ja, K-Nr. |
| Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt) | |
| Berufsausübungsbewilligung Fürstentum Liechtenstein | |
| Diplom | |
| Nachweis 2-jährige praktische Tätigkeit à 100% | |
| OKP-Vertrag beim Liechtensteinischen Krankenkassenverband (falls vorhanden) | |
| habe kein Anstellungsverhältnis, **ansonsten:**  Einverständnis des Arbeitgebers zur selbständigen Tätigkeit beilegen | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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  Ort und Datum | Unterschrift  Vorname Name |

Antragsformular und Dokumente senden an:   
**Liechtensteinischer Krankenkassenverband, Wuhrstrasse 13, Postfach 281, 9490 Vaduz**

**oder Mail an** [**info@lkv.li**](mailto:manuela.kaufmann@lkv.li)

**Tel. 00423 233 43 00**