Ein- und Austritt Kontrollnummer (K-Nr.)

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für die Meldung eines Eintrittes, bzw. Austrittes von med. Masseure im Angestelltenverhältnis. Für selbständig tätige med. Masseure finden Sie das Antragsformular für eine ZSR-Nummer unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li). Für juristische Personen (AG, GmbH etc.), welche eine ZSR-Nr. als Organisation beantragen wollen, ist das Formular unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li) zu finden.

(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 Organisation |  |
| **Eintritt med. Masseur** | |
| Im Falle eines Anstellungsverhältnisses in einer Organisation benötigen wir folgende Angabe: | leitender med. Masseur  nicht leitender med. Masseur  Mindestens eine angestellte Person muss leitend sein. |
| Anrede | Frau  Herr |
| Name |  |
| Vorname |  |
| GLN der angestellten Person |  |
| Geburtsdatum | (Tag/Monat/Jahr) |
| Angestellt ab | (Tag/Monat/Jahr) |
| Persönliche K-Nummer | nein  ja, K-Nummer |
| Persönliche ZSR-Nummer | nein  ja, ZSR-Nummern |
| **Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)** | |
| Berufsausübungsbewilligung Fürstentum Liechtenstein | |
| Ausbildungsnachweise für leitende und nicht leitende Angestellte | |
| Nachweis 2-jährige praktische Tätigkeit à 100% | |
| Diplom Zusatzausbildung Hippotherapie (falls vorhanden) | |
| **Austritt med. Masseur** | |
| 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 Arbeitgeber  Vorname Name |

Formular 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**