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

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für die Beantragung einer ZSR-Nr. für eine juristische Person (AG, GmbH, etc.)

Für natürliche, selbständig tätige Personen finden Sie das entsprechende Formular unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li). Für angestellte Pflegefachpersonen in einer Spitexorganisation verwenden Sie das Formular „Ein-Austritt K-Nummer“ unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li). Gemeldet werden müssen ausschliesslich angestellte Pflegefachpersonen mit den Zusatzausbildungen „Bedarfsabklärung in der Psychiatriepflege“, „Diabetesberatung“ und „Stillberatung“.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Basisdaten** | | |
| Standort der Organisation |  | |
| GLN (Global Location Number) |  | |
| UID (Unternehmens-IdentifikationsNr.) |  | |
| Spitex- / Standortname |  | |
| Firma gemäss Handelsregister |  | |
| Rechtsform | AG  GmbH  Genossenschaft  Verein  Stiftung  Öffentlich rechtliche Institution  Kollektivgesellschaft   Kommanditgesellschaft  anderes: | |
| Korrespondenzsprache | deutsch  französisch  italienisch | |
| **Spitex- / Standortadresse** | | |
| Adresszusatz |  | |
| Strasse |  | |
| Postfach |  | |
| PLZ / Ort |  | |
| Telefon Praxis |  | |
| Mobile |  | |
| Fax Praxis |  | |
| Homepage |  | |
| E-Mail Praxis |  | |
| Name, Vorname der **leitenden** Pflegefachperson |  | |
| **Korrespondenzadresse (falls abweichend von der Adresse der Organisation, 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 Organisation | (Tag / Monat / Jahr) | |
| Bitte beachten Sie, dass das Datum der Eröffnung nicht vor dem Gültigkeitsdatum der Betriebsbewilligung erfolgen kann. Allfällige Leistungen vor diesem Datum können von den Versicherern verweigert werden. | | |
| **Angestellte Pflegefachpersonen mit Zusatzausbildung für Bedarfsabklärung Psychiatrie, Diabetesberatung und/oder Stillberatung** | | |
| Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:  **Sie beschäftigen Pflegefachpersonen mit Zusatzausbildung für Bedarfsabklärung Psychiatrie, Diabetesberatung und/oder Stillberatung**  Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular „Ein-Austritt K-Nummer“ für angestellte Pflegefachpersonen. Sie finden dieses auf [www.lkv.li](http://www.lkv.li).  **Sie beschäftigen keine Pflegefachpersonen mit Zusatzausbildung** | | |
| **Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)** | | |
| Betriebsbewilligung Fürstentum Liechtenstein | | |
| **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**