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

|  |
| --- |
| Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für die Beantragung einer ZSR-Nummer als natürliche, selbstständig tätige Person. Das entsprechende Formular finden Sie unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li).(Die männliche Form gilt im Folgenden analog auch immer für die weibliche Form) |
| Basisdaten |
| Standort der Zahnarztpraxis |       |
| GLN (Global Location Number)  |       |
| UID (Unternehmens-IdentifikationsNr.) |       |
| Anrede | [ ]  Frau [ ]  Herr |
| Titel | [ ]  Dr. med. dent. [ ]  PD Dr. med. dent. [ ]  Prof. Dr. med. dent. [ ]  med. dent. |
| 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 |
| PraxiseröffnungAufnahme der selbständigen Tätigkeit | (Tag / Monat / Jahr) |
| Bitte beachten Sie, dass das Datum der Aufnahme der selbständigen Tätigkeit nicht vor dem Gültigkeitsdatum der Berufsausübungsbewilligung, bzw. Zulassung zu Lasten der OKP erfolgen kann. Allfällige Behandlungen vor diesem Datum können von den Versicherern verweigert werden. |
| Übernahme Zahnarztpraxis | [ ]  nein [ ]  ja, von (Name): |
| Beziehungen |
| Persönliche ZSR-Nummern | [ ]  nein [ ]  ja, ZSR-Nr.       |
| Persönliche K-Nr. als angestellter/leitender Zahnarzt | [ ]  nein [ ]  ja, K-Nr.       |
| Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt) |
| [ ]  Berufsausübungsbewilligung Fürstentum Liechtenstein |
| [ ]  OKP-Vertrag beim Liechtensteinischen Krankenkassenverband (falls vorhanden) |
| [ ]  Diplom  |
| [ ]  aktueller SSO-Ausweis „Weiterbildung KVG“  |

|  |
| --- |
| 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, Wuhrstrasse 13, Postfach 281, 9490 Vaduz**

**oder Mail an** **info@lkv.li**

**Tel. 00423 233 43 00**