

Zahlstellenregister

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

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für die Beantragung einer ZSR-Nummer als natürliche, selbstständig erwerbend tätige Person. Bei der Gründung einer juristischen Person (AG, GmbH etc.) muss eine ZSR-Nummer als Einrichtung beantragt werden. Das entsprechende Formular finden Sie unter www.sasis.ch/de/567. Für Ärzte im Anstellungsverhältnis verwenden Sie das Formular «Ein-Austritt K-Nummer» unter www.sasis.ch/de/585.

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

Basisdaten	
Standort-Kanton der Arztpraxis	
GLN (Global Location Number)	
UID (Unternehmens-IdentifikationsNr.)	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Titel	<input type="checkbox"/> Dr. med. <input type="checkbox"/> PD Dr. med. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. <input type="checkbox"/> med. prakt.
Nachname	
Vorname	
Praxisname	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
Rechtsform	<input type="checkbox"/> Einzelfirma <input type="checkbox"/> andere:
Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> 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	

Zahlstellenregister

PLZ / Ort	
Land	
Telefon privat	
Mobile privat	
E-Mail privat	
Korrespondenzadresse: <input type="checkbox"/> Praxisadresse <input type="checkbox"/> Privatadresse <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ärztekasse <input type="checkbox"/> swisscom health AG <input type="checkbox"/> Zahnärztekasse <input type="checkbox"/> VSA-IFAK <input type="checkbox"/> IFAK-DATA <input type="checkbox"/> OFAC <input type="checkbox"/> Abrechnung über Andere, Mustereinzahlungsschein beilegen
Kontoinhaber: Name	
Kontoinhaber: Zusatzname	
Kontoinhaber: Strasse	
Kontoinhaber: Postfach	
Kontoinhaber: PLZ / Ort	
Kontoart	<input type="checkbox"/> PC-Konto <input type="checkbox"/> Bankkonto
Clearing-Nummer	
Konto-Nummer	
IBAN (21-stellig)	

Zahlstellenregister

Name der Bank	
Bei elektronischer Abrechnung über eine ESR-Nummer	ESR-Nr (9-stellig) 0 1 _ _ _ _ _ Mustereinzahlungsschein beilegen
Ausbildung und Qualifikationen	
Verfügen Sie über mehrere eidg. Weiterbildungstitel oder ausländischer Weiterbildungstitel mit Anerkennung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Haupttätigkeit:
Status	
Praxiseröffnung Aufnahme der selbständigen Tätigkeit	(Tag / Monat / Jahr)
Bitte beachten Sie, dass das Datum der Aufnahme der selbständigen Tätigkeit nicht vor dem Gültigkeitsdatum der kantonalen Berufsausübungsbewilligung, bzw. Zulassung zu Lasten der OKP erfolgen kann. Allfällige Behandlungen vor diesem Datum können von den Versicherern verweigert werden.	
Übernahme Arztpraxis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von (Name):
Entschädigungsart (wählbar nur im Kanton Fribourg, sonst nach kantonalem Anschlussvertrag)	<input type="checkbox"/> tiers payant <input type="checkbox"/> tiers garant
Selbstdispensation	
Selbstdispensation voll	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Selbstdispensation Betäubungsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beziehungen	
Persönliche ZSR-Nummern	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ZSR-Nr.
Persönliche K-Nr. als angestellter/leitender Arzt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. K-Nr.
Angestellte Ärzte oder nicht ärztliche Psychotherapeuten	
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:	
<input type="checkbox"/> Sie beschäftigen Ärzte im Anstellungsverhältnis Die Beantragung einer K-Nummer für angestellte Ärzte ist zwingend. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular «Ein-Austritt K-Nummer» für angestellte Ärzte. Sie finden dieses auf www.sasis.ch/de/585 .	
<input type="checkbox"/> Sie beschäftigen nicht ärztliche Psychotherapeuten Die Beantragung einer K-Nummer für nicht ärztliche Psychotherapeuten ist freiwillig. Falls Sie eine K-Nummer beantragen wollen, finden Sie das entsprechende Formular unter www.sasis.ch/de/592 .	
<input type="checkbox"/> Sie beschäftigen weder Ärzte noch nicht ärztliche Psychotherapeuten im Anstellungsverhältnis	

Zahlstellenregister

Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)	
<input type="checkbox"/>	kantonale Berufsausübungsbewilligung
<input type="checkbox"/>	kantonale Bewilligung zulasten der OKP (obligatorische Krankenpflegeversicherung) tätig sein zu dürfen (sofern der Arzt gemäss kantonalem Recht dem Zulassungsstopp gemäss Art. 55a KVG unterliegt)
<input type="checkbox"/>	Diplom (bei ausländischem Diplom mit Anerkennung MEBEKO)
<input type="checkbox"/>	Weiterbildungstitel (bei ausländischem Weiterbildungstitel mit Anerkennung MEBEKO)
<input type="checkbox"/>	Fähigkeitsausweise, Schwerpunkte, bzw. interdisziplinäre Schwerpunkte (falls vorhanden)
<input type="checkbox"/>	Vertragsbeitritt TARMED (gemäss Merkblatt)
<input type="checkbox"/>	Bestätigung Ausgleichskasse medisuisse oder kantonaler Ausgleichskasse
Erklärung	
<p>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.</p> <p>Er verpflichtet sich, sämtliche Änderungen mit dem aktuellen offiziellen Mutationsformular umgehend zu melden, damit eine Nachprüfung der Zulassungsbestimmungen erfolgen kann. Er hat das Recht, jederzeit einen aktuellen Datenauszug zu verlangen.</p> <p>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.</p> <p>Die ZSR- bzw. K-Nummer wird für den Zeitraum von 5 Jahren ausgestellt und kann anschliessend verlängert werden.</p> <p>Es gilt die aktuelle Gebührenordnung und das ZSR-Bearbeitungsreglement. Beide Dokumente können auf der Web-Seite der SASIS AG www.sasis.ch/de/634 unter der Rubrik «Rechtliche Grundlagen» eingesehen werden.</p>	
Ort und Datum	Unterschrift
_____	_____
	Vorname Name

Antragsformular und Dokumente senden an:

SASIS AG, Zahlstellenregister, Postfach 3841, 6002 Luzern 2 Universität