

Zahlstellenregister

Fragebogen zur Erteilung einer Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.)

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

Unleserliche und unvollständig ausgefüllte Fragebogen werden retourniert!

Basisdaten	
Standort-Kanton der Arztpraxis	
GLN Global Location Number (früher EAN-Code)	
Unternehmens-Identifikations-Nummer (UID) falls vorhanden	
Mitgliedschaft FMH *)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Mitglied-Nummer
Vollständiges Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)	
Name und Adresse	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Titel	<input type="checkbox"/> Dr. med. <input type="checkbox"/> PD Dr. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. <input type="checkbox"/> med. prakt.
Name	
Vorname	
Gewünschte Korrespondenzadresse	<input type="checkbox"/> Praxisadresse <input type="checkbox"/> Privatadresse <input type="checkbox"/> Korrespondenzadresse an Dritte (nur mit entsprechender Vollmacht) Falls nichts angekreuzt wird, übernehmen wir die Praxisadresse
Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> italienisch
Praxisadresse (zwingend notwendig für die Erteilung der ZSR-Nummer)	
Zusatzname	
Strasse	
Postfach	
PLZ und Ort	
Telefon	
Natel *)	
Fax	
Homepage *)	
E-Mail *)	
Privatadresse (zwingend notwendig für die Erteilung der ZSR-Nr.)	
Strasse	
PLZ und Ort	
Land	
Telefon *)	

Zahlstellenregister

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 (gemäss Vertrag)	<input type="checkbox"/> tiers payant <input type="checkbox"/> tiers garant
Teilnahme an Ringversuche	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausrichtung der Praxistätigkeit	
Homöopathische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dialyse-Behandlungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Operative Ophthalmologie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Psychosomatische Behandlungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gynäkologie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pädiatrie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Praxiseinrichtung und -spezialität	
Selbstdispensation voll	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Selbstdispensation Notfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Selbstdispensation Betäubungsmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Eigenes Labor	<input type="checkbox"/> Ja (Weiterbildungsnachweis beilegen) <input type="checkbox"/> Nein
Eigenes Röntgen	<input type="checkbox"/> Ja (Praktischer Arzt; Weiterbildungsnachweis beilegen) <input type="checkbox"/> Nein
Eigener Ultraschall	<input type="checkbox"/> Ja (Praktischer Arzt; Weiterbildungsnachweis beilegen) <input type="checkbox"/> Nein
Eigene Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beziehungen	
Ambulante Belegarztztätigkeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ZSR-Nr. Spital
Anstellung im Spital	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ZSR-Nr. Spital
ZSR-Nr. als Arzt in anderem Kanton	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ZSR-Nr.
ZSR-Nr. als andere Partnerart	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ZSR-Nr.
K-Nr. als angestellter/leitender Arzt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja K-Nr.
Kontroll-Nummer (K-Nr.) von angestellten Ärzten oder nicht ärztlichen Psychotherapeuten	
<input type="checkbox"/> Keine angestellten Ärzte oder nicht ärztlichen Psychotherapeuten <input type="checkbox"/> Bitte Formulare für angestellte Ärzte zustellen <input type="checkbox"/> Bitte Formulare für nicht ärztlichen Psychotherapeuten zustellen	

Zahlstellenregister

Checkliste einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)	
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung	<input type="checkbox"/> Allfällige Fähigkeits-/Fertigkeitsausweise
<input type="checkbox"/> Diplom	<input type="checkbox"/> Allfällige Ausweise Schwerpunkte
<input type="checkbox"/> Weiterbildungstitel	<input type="checkbox"/> Erklärung Vertragsbeitritt über kantonale Ärztesgesellschaft
Erklärung	
<p>Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die obenstehenden Angaben richtig sind. Die mit *) bezeichneten Angaben sind optional. 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 und die Zuteilung zur richtigen Arztgruppe für die Wirtschaftlichkeitsprüfung 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-Nummer 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. Sämtliche Haftpflichtansprüche im Zusammenhang mit der Erteilung oder allfälligen Nichterteilung der ZSR-Nummer sind ausdrücklich ausgeschlossen.</p> <p>Es gilt die aktuelle Gebührenordnung. Die ZSR-Nummer wird administrativ für den Zeitraum von 5 Jahren ausgestellt und kann anschliessend verlängert werden.</p> <p>Im Übrigen gilt das aktuelle ZSR-Bearbeitungsreglement, welches auf der Web-Seite der SASIS AG www.zahlstellenregister.ch eingesehen werden kann.</p>	
Ort und Datum	Unterschrift

Fragebogen und Dokumente senden an:

SASIS AG, Ressort ZSR, Postfach 3841, 6002 Luzern 2 Universität