

Zahlstellenregister

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

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für die Beantragung einer ZSR-Nummer für selbstständig tätige Pflegefachpersonen, wenn Sie Leistungen von Tages- oder Nachstrukturen (TON) abrechnen wollen. Für Leistungen der Akut- und Übergangspflege (AÜP) verwenden Sie bitte das Formular «Pflegefachperson AÜP», für normale Pflegeleistungen das Formular «Pflegefachpersonen». Beide Formulare finden Sie unter www.sasis.ch/de/575.

Für juristische Personen (AG, GmbH etc.) welche eine ZSR-Nummer als Spitex (Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause) beantragen wollen, ist das Formular unter www.sasis.ch/de/580 zu finden.

Für angestellte Pflegefachpersonen in einer Spitexorganisation verwenden Sie bitte das Formular «Ein-Austritt K-Nummer» unter www.sasis.ch/de/809. 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-Kanton	
GLN (Global Location Number) Bitte führen Sie Ihre persönliche GLN auf.	
UID (Unternehmens-IdentifikationsNr.)	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
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	
Website	
E-Mail Praxis	

Zahlstellenregister

Privatadresse (zwingend notwendig für die Erteilung einer ZSR-Nummer)	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
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	
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"/> andere, Bankbescheinigung der Zahlungsverbindung beilegen
Kontoinhaber: Name	
Kontoinhaber: Zusatzname	
Kontoinhaber: Strasse	
Kontoinhaber: Postfach	

Zahlstellenregister

Kontoinhaber: PLZ / Ort	
Kontoart	<input type="checkbox"/> PC-Konto <input type="checkbox"/> Bankkonto
Clearing-Nummer	
Konto-Nummer	
IBAN (21-stellig) Nicht zu verwechseln mit der QR-IBAN	
Name der Bank	
Bei elektronischer Abrechnung über eine ESR-Nummer	Überweisung mittels Referenznummer <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht
Status	
Aufnahme der Tätigkeit von TON	(Tag / Monat / Jahr)
<p>Bitte wählen Sie das Beginndatum der ZSR-Nummer anhand folgender Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeitpunkt, ab welchem beabsichtigt wird, Behandlungen zu Lasten der Krankenversicherer abzurechnen. • Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein. • Ab diesem Datum muss eine selbstständige Erwerbstätigkeit bestehen (Anmeldung Ausgleichskasse). <p>Beachten Sie, dass allfällige Behandlungen vor diesem Datum von den Versicherern verweigert werden können.</p>	
Beziehungen	
Persönliche ZSR-Nummern	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ZSR-Nr.
Persönliche K-Nr. als angestellte/leitende Pflegefachperson	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nr.
Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)	
<input type="checkbox"/> kantonale Berufsausübungsbewilligung	
<input type="checkbox"/> Diplom FH mit Registriernummer (BSc oder MSc) oder	
<input type="checkbox"/> Diplom mit Anerkennung Ausbildungsabschluss SRK oder	
<input type="checkbox"/> ausländisches Diplom mit SRK Verfügung	
<input type="checkbox"/> Zertifikat Stillberatung (falls vorhanden), mit entsprechendem Vertragsbeitritt (SBK)	
<input type="checkbox"/> Bestätigung Diabetesberatung (falls vorhanden), mit entsprechendem Vertragsbeitritt (SBK)	
<input type="checkbox"/> Bestätigung der Befähigung zur Bedarfsabklärung in der Psychiatriepflege mit Zusatzausbildung (falls vorhanden)	
<input type="checkbox"/> Nachweis 2-jährige praktische Tätigkeit à 100%	
<input type="checkbox"/> Beitrittserklärung zum Tarifvertrag mit Visum SBK	

Zahlstellenregister

Erklärung

Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die oben stehenden Angaben richtig sind.

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.

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-Nummer wird für den Zeitraum von 5 Jahren ausgestellt und kann anschliessend verlängert werden.

Es gelten die aktuelle Gebührenordnung und das ZSR-Bearbeitungsreglement. Beide Dokumente sowie die aktuellen Allgemeinen Geschäftsbedingungen können auf der Website der SASIS AG www.sasis.ch/de/634 eingesehen werden.

Ort und Datum

Unterschrift

Vorname Name

Antragsformular und Dokumente senden an:

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