

Zahlstellenregister

Ein- und Austritt Kontrollnummer (K-Nr.)

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für die Meldung eines Eintrittes, bzw. Austrittes von einem angestellten Psychologen/Psychotherapeuten welcher für den Bereich der delegierten Psychotherapie bei Ihnen tätig ist.

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

Arbeitgeber	
ZSR-Nummer des Arbeitgebers	
Name, Vorname des Arbeitgebers, bzw. Name der Organisation	
Delegierender Arzt	
ZSR-Nummer, bzw. K-Nummer des delegierenden Arztes	
Name, Vorname des delegierenden Arztes	
Eintritt Psychologe/Psychotherapeut	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Name	
Vorname	
GLN der angestellten Person	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
Angestellt ab	(Tag / Monat / Jahr)
Persönliche K-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nummer
Voraussetzungen	
Folgende Voraussetzungen sind erfüllt: <input type="checkbox"/> Die Leistungen erfolgen auf Anordnung und unter ärztlicher Überwachung des delegierenden Arztes. <input type="checkbox"/> Die Anforderungen des PsyG sind erfüllt. <input type="checkbox"/> Die Leistungen des ausführenden Psychologen/Psychotherapeuten werden in derselben Praxis des delegierenden Arztes ausgeführt. <input type="checkbox"/> Die delegierte Psychotherapie ist pro Arzt auf maximal 100 Wochenstunden beschränkt. Die Aufsichtspflicht des delegierenden Arztes ist gewährleistet. Zeugnisse, Berichte und Anträge im Zusammenhang mit der delegierten Psychotherapie werden vom delegierenden Arzt visiert.	

Zahlstellenregister

Einzureichende Dokumente in Bezug auf den <u>delegierenden Arzt</u>	
<input type="checkbox"/> Weiterbildungstitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (bei ausländischem Weiterbildungstitel mit Anerkennung MEBEKO) oder <input type="checkbox"/> Weiterbildungstitel für Psychiatrie- und Psychotherapie (bei ausländischem Weiterbildungstitel mit Anerkennung MEBEKO) oder <input type="checkbox"/> Fähigkeitsausweis für delegierte Psychotherapie	
Einzureichende Dokumente in Bezug auf den <u>ausführenden Psychologen/Psychotherapeuten</u>	
<input type="checkbox"/> kantonale Berufsausübungsbewilligung (sofern gemäss kantonalem Recht bewilligungspflichtig) <input type="checkbox"/> eidg. Master-, Lizentiats- oder Diplomabschluss in Psychologie, bzw. ausländischer Ausbildungsabschluss in Psychologie mit Anerkennung der Psychologieberufekommission (PsyKo) <input type="checkbox"/> eidg. Weiterbildungstitel in Psychotherapie, bzw. ausländischer Weiterbildungstitel in Psychotherapie mit Anerkennung der Psychologieberufekommission (PsyKo) oder <input type="checkbox"/> Bestätigung der FMH, das die geforderten Minimalanforderungen für Psychotherapeuten in Weiterbildung gemäss Spartenkonzept erfüllt sind oder <input type="checkbox"/> Bestätigung Besitzstandwahrung gemäss Bedingungen der Ausnahmeregelung gemäss Merkblatt. Der unterzeichnende Arbeitgeber bestätigt, dass der Psychologe/Psychotherapeut schon lange (vor 2001) bei ihm angestellt ist und er die Besitzstandwahrung geltend macht.	
Austritt Psychologe/Psychotherapeut	
K-Nummer	
Name	
Vorname	
Austritt per	(Tag / Monat / Jahr)

Zahlstellenregister

Erklärung	
<p>Der unterzeichnende Arbeitgeber und der delegierende Arzt bestätigen, dass die obenstehenden Angaben richtig sind. Der Arbeitgeber bestätigt, dass er von den aktuellen Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Zahlstellenregisters (AGB ZSR) Kenntnis genommen hat.</p> <p>Die K-Nummer wird aufgrund der Angaben in diesem Formular erteilt. 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 K-Nummer wird ausdrücklich ausgeschlossen.</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 eingesehen werden.</p> <p>Das Formular muss durch den delegierenden Arzt und den Arbeitgeber unterzeichnet werden:</p>	
<p>Ort und Datum</p> <p>_____</p>	<p>Unterschrift Arbeitsgeber (Besitzer, HR-Angestellter oder bei der SASIS AG als leitender Arzt gemeldeter Angestellter)</p> <p>_____</p> <p>Vorname Name und Funktion</p> <p>_____</p>
<p>Ort und Datum</p> <p>_____</p>	<p>Unterschrift delegierender Arzt</p> <p>_____</p> <p>Vorname Name</p> <p>_____</p>

Antragsformular und Dokumente senden an:

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