

Antragsformular für die Erteilung der Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) **Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Zahnärzte und Zahnärztinnen dienen**

ZSR-Nummern für Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Zahnärzte und Zahnärztinnen dienen, werden einem Rechtsträger (juristische Person) pro Standort erteilt, an welchem Leistungen erbracht werden. Die Bedingungen und Erläuterungen im Zusammenhang mit der ZSR- und K-Nummernerteilung entnehmen Sie bitte dem Merkblatt.

Basisdaten	
Kanton, in welchem Leistungen erbracht werden	
GLN (Global Location Number) Bitte führen Sie die GLN ihres Standortes auf.	
UID (Unternehmens-IdentifikationsNr.)	
Praxis- / Standortname	
Firma gemäss Handelsregister	
Rechtsform (die Einrichtung muss eine juristische Person sein)	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> Genossenschaft <input type="checkbox"/> Verein <input type="checkbox"/> Stiftung <input type="checkbox"/> öffentlich rechtliche Institution
Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> italienisch
Praxis- / Standortadresse	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	
Telefon Hauptnummer	
Telefon Zusatznummer	
Fax	
Website	
E-Mail	
Korrespondenzadresse (falls diese von der Standortadresse abweicht)	
Firma	
Anrede	
Name	
Vorname	
Adresszusatz	

Zahlstellenregister

Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	
Land	
Telefon Hauptnummer	
Telefon Zusatznummer	
E-Mail	
Zahlungsverbindung (wählen Sie eine der aufgeführten Varianten)	
Variante A	
Sie wünschen die Abrechnung über einen der folgenden Inkassopartner. Bitte kreuzen Sie den zutreffenden an:	
Inkassopartner	<input type="checkbox"/> Ärztekasse <input type="checkbox"/> Swisscom (Schweiz) AG <input type="checkbox"/> Zahnärztekasse <input type="checkbox"/> NOVENTI Service AG <input type="checkbox"/> IFAK-DATA <input type="checkbox"/> OFAC
Variante B	
Sie wünschen die Abrechnung über folgende Kontoverbindung. Wir bitten Sie, untenstehende Felder auszufüllen und eine Bankbescheinigung der Zahlungsverbindung beizulegen.	
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) Nicht zu verwechseln mit der QR-IBAN	
Name der Bank	
Variante A und B:	
Bitte geben Sie uns an, ob die Überweisung mittels Referenznummer zu erfolgen hat.	
Überweisung mittels Referenznummer	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht

Zahlstellenregister

Status	
Eröffnung der Einrichtung	(Tag / Monat / Jahr)
Bitte wählen Sie den Beginn der ZSR-Nummer anhand folgender Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Zeitpunkt, ab welchem beabsichtigt wird, Behandlungen zulasten der Krankenversicherer abzurechnen. • Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein. Beachten Sie, dass allfällige Behandlungen vor diesem Datum von den Versicherern verweigert werden können.	
Angestellte Zahnärzte oder Zahnärztinnen	
<input type="checkbox"/> leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) <input type="checkbox"/> nicht leitend	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Titel	<input type="checkbox"/> Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> PD Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> med. dent.
Name	
Vorname	
GLN der angestellten Person	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
In der Einrichtung tätig ab	(Tag / Monat / Jahr)
Bereits erteilte persönliche K-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nummer
Bereits erteilte persönliche ZSR-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ZSR- Nummer
<input type="checkbox"/> leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) <input type="checkbox"/> nicht leitend	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Titel	<input type="checkbox"/> Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> PD Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> med. dent..
Name	
Vorname	
GLN der angestellten Person	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
In der Einrichtung tätig ab	(Tag / Monat / Jahr)
Bereits erteilte persönliche K-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nr.
Bereits erteilte persönliche ZSR-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ZSR-Nr.

Einzureichende Dokumente der Einrichtung

- Kantonale Betriebsbewilligung als Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Zahnärzte und Zahnärztinnen dienen **oder** Bestätigung des Kantons, wonach gemäss kantonalem Recht keine Betriebsbewilligung an Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Zahnärzte und Zahnärztinnen dienen, erteilt wird
- Bankbescheinigung der Zahlungsverbindung

Einzureichende Dokumente der Angestellten

- Kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Zahnarzt oder Zahnärztin
- Kantonale Bestätigung, dass die Kriterien von Artikel 42 KVV erfüllt sind **oder** kantonale Bestätigung einer «Besitzstandswahrung gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 19. Juni 2020»

Erklärung

Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die obenstehenden 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 gilt für einen Rechtsträger pro Standort. Trägerschafts- sowie Standortwechsel müssen umgehend dem Zahlstellenregister mitgeteilt werden. 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/rechtliche-grundlagen-zsr eingesehen werden.

Das Antragsformular muss durch eine hierfür zeichnungsberechtigte Person unterschrieben werden.

Ort und Datum**Unterschrift**

Vorname Name

Funktion

Antragsformular und Dokumente senden an:

SASIS AG, Zahlstellenregister, Bahnhofstrasse 7, Postfach, 6002 Luzern