

Antragsformular für die Erteilung der Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) **Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen**

Eine persönliche ZSR-Nummer als Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin nach Art. 50a KVV (Verordnung über die Krankenversicherung) kann nur erteilt werden, wenn Sie selbstständig erwerbend oder als Gesellschafter/in einer Personengesellschaft tätig sind. Die Bedingungen und Erläuterungen im Zusammenhang mit der ZSR-Nummernerteilung entnehmen Sie bitte dem Merkblatt.

| Basisdaten | |
|--|--|
| Kanton, in welchem Leistungen erbracht werden | |
| GLN (Global Location Number) | |
| UID (Unternehmens-IdentifikationsNr.) | |
| Anrede | <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr |
| Name | |
| Vorname | |
| Praxisname | |
| Geburtsdatum | (Tag / Monat / Jahr) |
| Rechtsform | <input type="checkbox"/> Einzelfirma <input type="checkbox"/> Kollektivgesellschaft <input type="checkbox"/> Kommanditgesellschaft <input type="checkbox"/> einfache Gesellschaft |
| Korrespondenzsprache | <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> italienisch |
| Praxis- / Standortadresse | |
| Werden Leistungen an keinem fixen Standort, sondern ausschliesslich extern erbracht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls kein Praxisstandort besteht, da die Leistungen (Behandlungen) ausschliesslich extern erbracht werden, sind folgende Felder leer zu lassen und ausschliesslich die Privatadresse anzugeben. | |
| Adresszusatz | |
| Strasse | |
| Postfach | |
| PLZ / Ort | |
| Telefon Hauptnummer | |
| Telefon Zusatznummer | |
| Fax | |
| Website | |
| E-Mail | |

| Privatadresse | |
|---|--|
| Adresszusatz | |
| Strasse | |
| Postfach | |
| PLZ / Ort | |
| Land | |
| Telefon Hauptnummer | |
| Telefon Zusatznummer | |
| E-Mail | |
| Korrespondenzadresse: <input type="checkbox"/> Praxisadresse <input type="checkbox"/> Privatadresse <input type="checkbox"/> Korrespondenzadresse an Dritte (Angaben unten) | |
| Korrespondenzadresse an Dritte | |
| Firma | |
| Anrede | |
| Name | |
| Vorname | |
| Adresszusatz | |
| 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 |
| Status | |
| Praxiseröffnung | (Tag / Monat / Jahr) |
| Bitte wählen Sie das Beginndatum 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. | |
| Beziehungen | |
| Bereits erteilte persönliche ZSR-Nummer | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ZSR-Nummer |
| Bereits erteilte persönliche K-Nummer | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nummer |
| Einzureichende Dokumente | |
| <input type="checkbox"/> Kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin <input type="checkbox"/> Kantonale Zulassung als Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin zulasten der OKP (obligatorische Krankenpflegeversicherung) gemäss Art. 50a KVV tätig sein zu dürfen oder kantonale Bestätigung einer «Besitzstandswahrung gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 19. Juni 2020» <input type="checkbox"/> Bankbescheinigung der Zahlungsverbindung | |

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 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.

Ort und Datum**Unterschrift**

Vorname Name

Antragsformular und Dokumente senden an:

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