

### Antragsformular für die Erteilung der Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) **Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause**

ZSR-Nummern für Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause nach Art. 51 KVV (Verordnung über die Krankenversicherung), 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.

Tätigkeitsbereich	
Pro Tätigkeitsbereich muss eine separate ZSR-Nummer erteilt werden:	
<input type="checkbox"/> Ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV	
<input type="checkbox"/> Ambulante Pflegeleistungen in Tages- oder Nachtstrukturen (TON)	
<input type="checkbox"/> Akut- und Übergangspflege (AÜP)	
Basisdaten	
Kanton, in welchem Leistungen erbracht werden	
GLN (Global Location Number) Bitte führen Sie die GLN ihres Standortes auf.	
UID (Unternehmens-IdentifikationsNr.)	
Spitex- / Standortname	
Firma gemäss Handelsregister	
Rechtsform (die Organisation 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
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	
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	

<b>Variante A und B:</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
<b>Status</b>	
Eröffnung der Organisation	(Tag / Monat / Jahr)
Bitte wählen Sie den Beginn der ZSR-Nummer anhand folgender Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitpunkt, ab welchem beabsichtigt wird, Behandlungen zulasten der Krankenversicherer abzurechnen.</li> <li>• Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein.</li> </ul> Beachten Sie, dass allfällige Behandlungen vor diesem Datum von den Versicherern verweigert werden können.	
<b>Angestellte Pflegefachmänner oder Pflegefachfrauen</b>	
Mindestens ein angestellter Pflegefachmann oder eine angestellte Pflegefachfrau muss den Beruf gemäss GesBG in eigener fachlicher Verantwortung ausüben und somit die Kriterien gemäss Art. 49 lit. a und b KVV erfüllen.	
<input type="checkbox"/> leitend, erfüllt Kriterien gemäss Art. 49 lit. a und b KVV (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) <input type="checkbox"/> angestellt, erfüllt Kriterien gemäss Art. 49 lit. a und b KVV <input type="checkbox"/> angestellt, <b>zwingend</b> mit Zusatzausbildung, erfüllt Kriterien gemäss Art. 49 lit. a und b KVV <b>nicht</b>	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Name	
Vorname	
GLN der angestellten Person	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
In der Organisation 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, erfüllt Kriterien gemäss Art. 49 lit. a und b KVV (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) <input type="checkbox"/> angestellt, erfüllt Kriterien gemäss Art. 49 lit. a und b KVV <input type="checkbox"/> angestellt, <b>zwingend</b> mit Zusatzausbildung, erfüllt Kriterien gemäss Art. 49 lit. a und b KVV <b>nicht</b>	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Name	
Vorname	
GLN der angestellten Person	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
In der Organisation 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, erfüllt Kriterien gemäss Art. 49 lit. a und b KVV (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) <input type="checkbox"/> angestellt, erfüllt Kriterien gemäss Art. 49 lit. a und b KVV <input type="checkbox"/> angestellt, <b>zwingend</b> mit Zusatzausbildung, erfüllt Kriterien gemäss Art. 49 lit. a und b KVV <b>nicht</b>	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Name	
Vorname	
GLN der angestellten Person	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
In der Organisation 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
<b>Einzureichende Dokumente der Organisation</b>	
<input type="checkbox"/> Kantonale Betriebsbewilligung als Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause <b>oder</b> Bestätigung des Kantons, wonach gemäss kantonalem Recht keine Betriebsbewilligung an Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause erteilt wird <input type="checkbox"/> Kantonale Zulassung als Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause zulasten der OKP (obligatorische Krankenpflegeversicherung) gemäss Art. 51 KVV tätig sein zu dürfen <b>oder</b> kantonale Bestätigung einer «Besitzstandswahrung gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 19. Juni 2020» <input type="checkbox"/> Bankbescheinigung der Zahlungsverbindung	
<b>Einzureichende Dokumente der Angestellten, die die Kriterien nach Art. 49 lit. a und b KVV erfüllen</b>	
<input type="checkbox"/> Kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Pflegefachmann oder Pflegefachfrau <input type="checkbox"/> Kantonale Bestätigung, dass die Kriterien gemäss Art. 49 lit. a und b KVV erfüllt sind <b>oder</b> kantonale Bestätigung einer «Besitzstandswahrung gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 19. Juni 2020» <input type="checkbox"/> Falls vorhanden: Zertifikat der Zusatzausbildung in Stillberatung, Bestätigung der Zusatzausbildung in Diabetesberatung, Bestätigung der Befähigung zur Bedarfsabklärung in der Psychiatriepflege ausgestellt durch die Geschäftsstelle für die Zulassungsprüfung BEPSY der santésuisse	
<b>Einzureichende Dokumente der Angestellten mit Zusatzausbildung, die die Kriterien nach Art. 49 lit. a und b KVV nicht erfüllen</b>	
<input type="checkbox"/> Ausbildungsnachweise gemäss Merkblatt <input type="checkbox"/> <b>Zwingend</b> Nachweis einer Zusatzausbildung: Zertifikat der Zusatzausbildung in Stillberatung, Bestätigung der Zusatzausbildung in Diabetesberatung, Bestätigung der Befähigung zur Bedarfsabklärung in der Psychiatriepflege ausgestellt durch die Geschäftsstelle für die Zulassungsprüfung BEPSY der santésuisse	

**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](http://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**