

Antragsformular für die Erteilung der Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) **Laboratorien**

ZSR-Nummern werden erteilt an Laboratorien, die im Auftrag eines anderen zugelassenen Leistungserbringers neben den Analysen der Grundversorgung weitere Analysen durchführen (Art. 53 und 54 Abs. 3 KVV). Die Nummernvergabe erfolgt pro Rechtsträger und Standort, 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.)	
Name des Laboratoriums / Standort-name	
Firma gemäss Handelsregister	
Rechtsform	<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 <input type="checkbox"/> Kollektivgesellschaft <input type="checkbox"/> Kommanditgesellschaft <input type="checkbox"/> andere:
Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> italienisch
Spezieller Tätigkeitsbereich	
Bitte geben Sie an, ob Sie Leistungen in einem den genannten Bereichen zu Lasten der OKP erbringen wollen. Eine entsprechende Bewilligung ist zusammen mit dem Antrag einzureichen.	
<input type="checkbox"/> Mikrobiologie-Laboratorium	Die Bewilligung des Schweizerischen Heilmittelinstituts Swissmedic für die Durchführung von mikrobiologischen Untersuchungen zur Erkennung oder zum Ausschluss übertragbarer Krankheiten muss eingereicht werden.
<input type="checkbox"/> Genetik-Laboratorium	Die Bewilligung des Bundesamts für Gesundheit BAG für die Durchführung von zyto- oder molekulargenetischen Untersuchungen muss eingereicht werden.
Standortadresse	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	
Telefon Hauptnummer	
Telefon Zusatznummer	
Fax	

Website	
E-Mail	
Korrespondenzadresse (falls die Korrespondenzadresse 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	
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	
Eröffnung des Laboratoriums	(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, welche über eine FAMH Weiterbildung oder vom EDI ausgestellte Gleichwertigkeitsanerkennung verfügen	
<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.
Name	
Vorname	
GLN des Angestellten	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
Im Labor tätig ab	(Tag / Monat / Jahr)
Bereits erteilte persönliche K-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nr.
<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.
Name	
Vorname	
GLN des Angestellten	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
Im Labor tätig ab	(Tag / Monat / Jahr)
Bereits erteilte persönliche K-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nr.

Einzureichende Dokumente des Laboratoriums

- Kantonale Betriebsbewilligung als Laboratorium **oder** Bestätigung des Kantons, wonach gemäss kantonalem Recht keine Betriebsbewilligung an Laboratorien erteilt wird
- Kantonale Zulassung als Laboratorium zulasten der OKP (obligatorische Krankenpflegeversicherung) gemäss Art. 53 und 54 Abs. 3 KVV tätig sein zu dürfen **oder** kantonale Bestätigung einer «Besitzstandswahrung gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 19. Juni 2020»
- Bewilligung des Schweizerischen Heilmittelinstituts Swissmedic, wenn mikrobiologische Untersuchungen zur Erkennung oder zum Ausschluss übertragbarer Krankheiten durchgeführt werden
- Bewilligung des Bundesamts für Gesundheit BAG, wenn zyto- oder molekulargenetische Untersuchungen durchgeführt werden
- Bankbescheinigung der Zahlungsverbindung

Einzureichende Dokumente der Angestellten

- Kantonale Berufsausübungsbewilligung (nur **Leitende**, falls im betreffenden Kanton bewilligungspflichtig)
- Bestätigung FAMH-Titel oder vom EDI ausgestellte Gleichwertigkeitsanerkennung

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