

Antragsformular für die Erteilung der Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) **Psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen**

Eine persönliche ZSR-Nummer als psychologischer Psychotherapeut oder Psychotherapeutin nach Art. 50c 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.

Geltender Leistungsbereich (zwingend auszufüllen)	
<input type="checkbox"/> Tätigkeit zu Lasten OKP	Es werden Leistungen zu Lasten OKP erbracht. Eine entsprechende kantonale Zulassung ist dem Antrag beizulegen
<input type="checkbox"/> Tätigkeit ausschliesslich im Bereich VVG	Es werden ausschliesslich Leistungen im Bereich der freiwilligen Zusatzversicherungen VVG erbracht. Gegenüber den Versicherern wird ausgewiesen, dass Leistungen ausschliesslich aus dem Bereich der freiwilligen Zusatzversicherungen möglich sind (VVG). Hinweis: Bitte beachten Sie hierzu die Melde- und Informationspflichten nach Art. 44 KVG. Insbesondere sind die Patientinnen und Patienten im Voraus über die wirtschaftlichen Konsequenzen aufzuklären und darüber zu informieren, dass die Kosten nicht über die OKP vergütet werden.
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"/> Einzel firma <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	
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 des Psychotherapieberufs <input type="checkbox"/> Wenn Sie Leistungen zu Lasten OKP erbringen: Kantonale Zulassung als psychologischer Psychotherapeut oder Psychotherapeutin zulasten der OKP (obligatorische Krankenpflegeversicherung) gemäss Art. 50c KVV tätig sein zu dürfen <input type="checkbox"/> Bankbescheinigung der Zahlungsverbindung	
Erklärung	
<p>Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die obenstehenden Angaben richtig sind.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Die ZSR-Nummer wird für den Zeitraum von 5 Jahren ausgestellt und kann anschliessend verlängert werden.</p> <p>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.</p>	
Ort und Datum	Unterschrift
<hr/>	<hr/>
	Vorname Name
	<hr/>

Antragsformular und Dokumente senden an:

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