

Antragsformular für die Erteilung der Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen

Eine persönliche ZSR-Nummer als Physiotherapeut oder Physiotherapeutin nach Art. 47 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 als Physiotherapeut oder Physiotherapeutin entnehmen Sie bitte dem Merkblatt.

Legende:

- a) Pflichtfeld und Daten werden dem Vertragspartner (z. B. Versicherer) übermittelt
- b) Kein Pflichtfeld, Daten werden dem Vertragspartner (z. B. Versicherer) übermittelt
- c) Kein Pflichtfeld, Daten werden dem Vertragspartner (z. B. Versicherer) nicht übermittelt

Antrag	
<input type="checkbox"/> Antrag für eine neue ZSR-Nummer	
<input type="checkbox"/> Reaktivierung einer sistierten ZSR-Nummer	ZSR-Nr.
Basisdaten	
a) Kanton, in welchem Leistungen erbracht werden	
a) GLN (Global Location Number)	<small>Bsp. GLN: 7601123456789</small>
b) UID (Unternehmens-Identifikationsnummer)	<input type="checkbox"/> noch keine UID als Einzelunternehmen vorhanden <input type="checkbox"/> selbstständig erwerbend und eigene UID-Nummer vorhanden CHE <small>Bsp. UID: CHE123456789</small>
a) Anrede	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
a) Name	
a) Vorname	
b) Praxisname	
a) Geburtsdatum	<small>Bsp. 09.12.1968</small>
a) Rechtsform	<input type="checkbox"/> Einzelfirma <input type="checkbox"/> Kollektivgesellschaft <input type="checkbox"/> Kommanditgesellschaft <input type="checkbox"/> einfache Gesellschaft
a) Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> italienisch
Praxis- / Standortadresse	
a) Erbringen Sie Leistungen an keinem fixen Standort, sondern ausschliesslich extern (Domizilbehandlungen)?	
<input type="checkbox"/> Ja, dann geben Sie als Praxis- / Standortadresse Ihre Privatadresse an	
<input type="checkbox"/> Nein, dann geben Sie Ihre Praxis- / Standortadresse an	
b) Adresszusatz	
a) Strasse	
b) Postfach	
a) PLZ / Ort	

a) Telefon Hauptnummer	
b) Telefon Zusatznummer	
b) Fax	
b) Website	
a) E-Mail	
Korrespondenzadresse für die Kommunikation mit der SASIS AG	
<p>b) Bitte geben Sie an, welche Adresse Sie für die Korrespondenz mit der SASIS AG wünschen. Bitte beachten Sie, dass die Korrespondenzadresse ab sofort gültig sein muss. Es ist nur eine Variante wählbar.</p> <p><input type="checkbox"/> Praxis- / Standortadresse</p> <p><input type="checkbox"/> Privatadresse (falls gewählt, bitte Angaben unten ausfüllen)</p> <p><input type="checkbox"/> Korrespondenzadresse an Dritte (falls gewählt, bitte Angaben unten ausfüllen)</p>	
Korrespondenzadresse	
c) Firma	
c) Anrede	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
c) Name	
c) Vorname	
c) Adresszusatz	
c) Strasse	
c) Postfach	
c) PLZ / Ort	
c) Land	
c) Telefon Hauptnummer	
c) Telefon Zusatznummer	
c) E-Mail	
Zahlungsverbindung	
<p>Wählen Sie Variante A oder Variante B und füllen Sie die entsprechenden Pflichtfelder aus. Wenn Sie Variante A wählen, können Sie Variante B leer lassen.</p>	
Variante A	
Sie wünschen die Abrechnung über einen der folgenden Inkassopartner. Bitte kreuzen Sie den zutreffenden an.	
a) 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 (nur ausfüllen, wenn nicht Variante A gewählt wurde)

Sie wünschen die Abrechnung über eine Zahlungsverbindung. Wir bitten Sie, untenstehende Pflichtfelder ausfüllen und eine Bankbescheinigung (z. B. Mustereinzahlungsschein) der Zahlungsverbindung beizulegen. Folgendes ist zu beachten:

- Es darf sich nicht um eine QR-IBAN handeln.
- Pro ZSR-Nummer ist nur eine Zahlungsverbindung möglich, nicht mehrere.
- Die IBAN muss zu einem Schweizer Bankkonto gehören.

a) Kontoinhaber: Name	
a) Kontoinhaber: Strasse	
b) Kontoinhaber: Postfach	
a) Kontoinhaber: PLZ / Ort	
a) IBAN (21-stellig)	Bsp. CH44 0700 0800 1234 1000 4

Startdatum der ZSR-Nummer

Bitte wählen Sie das Startdatum der ZSR-Nummer anhand folgender Kriterien:

- Zeitpunkt, ab welchem beabsichtigt wird, Behandlungen zulasten der Krankenversicherer zu erbringen.
- Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein.
- Das Startdatum darf nicht mehr als sechs Monate in der Zukunft liegen.

Beachten Sie, dass allfällige Leistungsabrechnungen für Behandlungen vor diesem Datum von den Versicherern verweigert werden können.

a) Startdatum der ZSR-Nummer	Bsp. 01.01.2024
------------------------------	-----------------

Beziehungen

b) Bereits erteilte persönliche ZSR-Nr.	ZSR-Nummer/n:
b) Bereits erteilte persönliche K-Nummer	K-Nummer:

Einzureichende Dokumente

- Kopie der (detaillierten) kantonalen Bewilligung für die Berufsausübung als Physiotherapeut oder Physiotherapeutin
- Kopie der (detaillierten) kantonalen Zulassung als Physiotherapeut oder Physiotherapeutin zulasten der OKP (obligatorische Krankenpflegeversicherung) gemäss Art. 47 KVV tätig sein zu dürfen **oder** Kopie der kantonalen Bestätigung einer «Besitzstandswahrung gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 19.06.2020»
- Bankbescheinigung der Zahlungsverbindung (falls bei Zahlungsverbindung Variante B gewählt wurde)
- Kopie Diplom Zusatzausbildung Hippotherapie für Kinder und/oder Erwachsene (falls vorhanden)

Erklärung	
<p>Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die obigen Angaben korrekt 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 einen Zeitraum von fünf 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 sind auf der Website der SASIS AG www.sasis.ch/rechtliche-grundlagen-zsr aufgeschaltet.</p>	
Ort und Datum	
Vorname Name	
Unterschrift	

Bitte senden Sie uns den Antrag erst zu, wenn alle notwendigen Dokumente vorhanden und alle Pflichtfelder ausgefüllt sind.

Antragsformular und Dokumente senden an:

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