

Zahlstellenregister

Antragsformular für die Erteilung der Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Zahnärzte und Zahnärztinnen dienen

ZSR-Nummern für Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Zahnärzte und Zahnärztinnen dienen, 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.

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

Basisdaten	
a) Kanton, in welchem Leistungen erbracht werden	
a) GLN (Global Location Number) Bitte führen Sie die GLN ihres Standortes auf.	<small>Bsp. GLN: 7601123456789</small>
a) UID (Unternehmens-Identifikationsnummer)	CHE <small>Bsp. UID: CHE123456789</small>
a) Standortname	
a) Firma gemäss Handelsregister	
a) 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
a) Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> italienisch
Standortadresse	
b) Adresszusatz	
a) Strasse	
b) Postfach	
a) PLZ / Ort	
a) Telefon Hauptnummer	
b) Telefon Zusatznummer	
b) Fax	
b) Website	
a) E-Mail	

Zahlstellenregister

Korrespondenzadresse für die Kommunikation mit der santéservices ag	
Falls für die Kommunikation mit der santéservices ag eine abweichende Korrespondenzadresse als die Standortadresse gewünscht wird, können Sie die Adresse unter Korrespondenzadresse notieren. Bitte beachten Sie, dass die Korrespondenzadresse ab sofort gültig sein muss.	
Korrespondenzadresse (falls diese von der Standortadresse abweicht)	
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	
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.	
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 auszufüllen und eine Bankbescheinigung (z. B. Mustereinzahlungsschein) der Zahlungsverbindung beizulegen. Folgendes ist zu beachten:	
<ul style="list-style-type: none"> • 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	

Zahlstellenregister

a) Kontoinhaber: PLZ / Ort	
a) IBAN (21-stellig)	Bsp. CH44 0700 0800 1234 1000 4
Startdatum der ZSR-Nummer	
<p>Bitte wählen Sie das Startdatum der ZSR-Nummer anhand folgender Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeitpunkt, ab welchem beabsichtigt wird, Behandlungen zulasten der Krankenversicherer zu erbringen. • Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen als Einrichtung und als leitend angestellte Person müssen zu diesem Zeitpunkt erfüllt sein. • Das Startdatum darf nicht mehr als sechs Monate in der Zukunft liegen. <p>Beachten Sie, dass allfällige Leistungsabrechnungen für Behandlungen vor diesem Datum von den Versicherern verweigert werden können.</p>	
a) Startdatum der ZSR-Nummer	Bsp. 01.01.2024
Angestellte Zahnärzte oder Zahnärztinnen	
<p>Angestellte Zahnärzte oder Zahnärztinnen, welche ihren Beruf gemäss Medizinalberufegesetz (MedBG) in eigener fachlicher Verantwortung ausüben und die Kriterien gemäss Art. 42 KVV erfüllen.</p>	
<p>a) <input type="checkbox"/> leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) <input type="checkbox"/> nicht leitend</p>	
a) Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
b) Titel	<input type="checkbox"/> Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> PD Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> med. dent.
a) Name	
a) Vorname	
a) Persönliche GLN	Bsp. GLN: 7601123456789
a) Geburtsdatum	Bsp. 09.12.1968
a) Startdatum <small>Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein.</small>	Bsp. 01.01.2024
b) Bereits erteilte persönliche K-Nummer	K-Nummer:
b) Bereits erteilte persönliche ZSR-Nummer	ZSR-Nummer/n:
<p>a) <input type="checkbox"/> leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) <input type="checkbox"/> nicht leitend</p>	
a) Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
b) Titel	<input type="checkbox"/> Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> PD Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> med. dent.
a) Name	
a) Vorname	
a) Persönliche GLN	Bsp. GLN: 7601123456789
a) Geburtsdatum	Bsp. 09.12.1968

Zahlstellenregister

a) Startdatum <small>Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein.</small>	Bsp. 01.01.2024
b) Bereits erteilte persönliche K-Nummer	K-Nummer:
b) Bereits erteilte persönliche ZSR-Nummer	ZSR-Nummer/n:
a) <input type="checkbox"/> leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) <input type="checkbox"/> nicht leitend	
a) Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
b) Titel	<input type="checkbox"/> Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> PD Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> med. dent.
a) Name	
a) Vorname	
a) Persönliche GLN	Bsp. GLN: 7601123456789
a) Geburtsdatum	Bsp. 09.12.1968
a) Startdatum <small>Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein.</small>	Bsp. 01.01.2024
b) Bereits erteilte persönliche K-Nummer	K-Nummer:
b) Bereits erteilte persönliche ZSR-Nummer	ZSR-Nummer/n:
a) <input type="checkbox"/> leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) <input type="checkbox"/> nicht leitend	
a) Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
b) Titel	<input type="checkbox"/> Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> PD Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> med. dent.
a) Name	
a) Vorname	
a) Persönliche GLN	Bsp. GLN: 7601123456789
a) Geburtsdatum	Bsp. 09.12.1968
a) Startdatum <small>Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein.</small>	Bsp. 01.01.2024
b) Bereits erteilte persönliche K-Nummer	K-Nummer:
b) Bereits erteilte persönliche ZSR-Nummer	ZSR-Nummer/n:
Bei weiteren in der Einrichtung tätigen Personen bitten wir Sie, die Seite 4 zu kopieren und auszufüllen.	

Zahlstellenregister

Einzureichende Dokumente der Einrichtung

- Kopie der (detaillierten) kantonalen Betriebsbewilligung als Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Zahnärzte und Zahnärztinnen dienen **oder** Bestätigung des Kantons, wonach gemäss kantonalem Recht keine Betriebsbewilligung an Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Zahnärzte und Zahnärztinnen dienen, erteilt wird
- Bankbescheinigung der Zahlungsverbindung (falls bei Zahlungsverbindung Variante B gewählt wurde)

Einzureichende Dokumente der Angestellten

- Kopie der (detaillierten) kantonalen Bewilligung für die Berufsausübung als Zahnarzt oder Zahnärztin
- Kopie der (detaillierten) kantonalen Bestätigung, dass die Kriterien von Artikel 42 KVV erfüllt sind **oder** kantonale Bestätigung einer «Besitzstandswahrung gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 19.06.2020»

Zahlstellenregister

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 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.</p> <p>Es gelten die aktuelle Gebührenordnung und das ZSR-Bearbeitungsreglement. Beide Dokumente sowie die aktuellen Allgemeinen Geschäftsbedingungen sind auf der Website der santéservices ag www.santeservices.ch/branchensysteme/register/rechtliche-grundlagen-zsr aufgeschaltet.</p> <p>Das Antragsformular muss durch eine hierfür zeichnungsberechtigte Person unterschrieben werden.</p>	
Ort und Datum	
Vorname Name	
Funktion	
Unterschrift	

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

Antragsformular und Dokumente senden an:

santéservices ag, Zahlstellenregister, Bahnhofstrasse 7, 6003 Luzern