



## Fragebogen zur Erteilung einer Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.)

### Ärzte

Die männliche Form gilt im Folgenden anlog auch immer für die weibliche

**Bitte gut leserlich ausfüllen**

Basisdaten	
Standort-Kanton der Arztpraxis	
GLN Global Location Number (früher EAN-Code)	
Mitgliedschaft FMH *)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Mitglied-Nummer
Name und Adresse	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Titel	<input type="checkbox"/> Dr. med. <input type="checkbox"/> PD Dr. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. <input type="checkbox"/> med. prakt.
Name	
Vorname	
Zusatzname	
Praxisadresse	
Praxis: Postfach	
Praxis: PLZ und Ort	
Land	<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/> Andere
Vollständiges Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)	
Telefon Praxis	
Natel *)	
Fax Praxis	
Homepage *)	
E-Mail *)	
Privatadresse, Strasse	
Privatadresse, PLZ und Ort	
Telefon Privat *)	
Sprache	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> italienisch

<b>Zahlungsverkehr</b>	
Kontoart	<input type="checkbox"/> PC-Konto <input type="checkbox"/> Bankkonto
IBAN	
Konto-Nummer	
Clearing-Nummer	
Bank: Name, Ort	
Kontoinhaber: Name, Vorname	
Kontoinhaber: Zusatzname	
Kontoinhaber: Strasse, Postfach	
Kontoinhaber: PLZ, Ort	
Abrechnung über Dritte (Inkassostelle)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ärztelasse <input type="checkbox"/> curabill <input type="checkbox"/> Abrechnung über Andere, Mustereinzahlungsschein beilegen
<b>Zulassung</b>	
Berufsausübungsbewilligung <b>Kopie beilegen</b>	Kanton      Datum
<b>Ausbildung und Qualifikationen</b>	
Eidgenössisches Diplom oder ausländisches Diplom mit Anerkennung <b>Kopie beilegen</b>	Ort      Datum
Eidgenössischer Weiterbildungstitel oder ausländischer Weiterbildungstitel mit Anerkennung <b>Kopien beilegen</b>	Haupttätigkeit:      Datum
	Titel      Datum
Haupttätigkeit bitte an erster Stelle erwähnen für Zuteilung zur Arztgruppe	Titel      Datum
	Titel      Datum
Fähigkeits-/Fertigkeitsausweise <b>Kopien beilegen</b>	Titel      Datum
	Titel      Datum
Schwerpunkte <b>Kopien beilegen</b>	Titel      Datum
	Titel      Datum
<b>Status</b>	
Praxiseröffnung Beginn selbstständige Tätigkeit	Datum
Übernahme Arztpraxis	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Name Arzt:
Entschädigungsart (gemäss Vertrag)	<input type="checkbox"/> tiers payant <input type="checkbox"/> tiers garant
Teilnahme an Ringversuche	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Ausrichtung der Praxistätigkeit</b>	
Homöopathische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dialyse-Behandlungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Operative Ophthalmologie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Psychosomatische Behandlungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gynäkologie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pädiatrie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Praxiseinrichtung und –Spezialität	
Selbstdispensation voll	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Selbstdispensation Notfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Selbstdispensation Betäubungsmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Eigenes Labor	<input type="checkbox"/> Ja (Weiterbildungsnachweis beilegen) <input type="checkbox"/> Nein
Eigenes Röntgen	<input type="checkbox"/> Ja (Praktischer Arzt; Weiterbildungsnachweis beilegen) <input type="checkbox"/> Nein
Eigener Ultraschall	<input type="checkbox"/> Ja (Praktischer Arzt; Weiterbildungsnachweis beilegen) <input type="checkbox"/> Nein
Eigene Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beziehungen	
ambulante Belegarztztätigkeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ZSR-Nr. Spital
Anstellung im Spital	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ZSR-Nr. Spital
ZSR-Nummer als Arzt in anderem Kanton	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ZSR-Nr.
ZSR-Nummer als andere Partnerart	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ZSR-Nr.
Kontroll-Nummer (K-Nr.) von angestellten Ärzten, Paramediziner oder nicht ärztlichen Psychotherapeuten  <input type="checkbox"/> Keine angestellten Ärzte, Paramediziner oder nicht ärztlichen Psychotherapeuten  Weitere angestellte Ärzte, Paramediziner oder nicht ärztliche Psychotherapeuten bitte auf separatem Blatt auflisten	Name, Vorname GLN <span style="float: right;">K-Nr.</span>
	Name, Vorname GLN <span style="float: right;">K-Nr.</span>
	Name, Vorname GLN <span style="float: right;">K-Nr.</span>
Checkliste einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)	
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung	<input type="checkbox"/> Allfällige Fähigkeits-/Fertigkeitsausweise
<input type="checkbox"/> Diplom oder Anerkennung	<input type="checkbox"/> Allfällige Ausweise Schwerpunkte
<input type="checkbox"/> Weiterbildungstitel	<input type="checkbox"/> Erklärung Vertragsbeitritt über kantonale Ärztesgesellschaft
<b>Erklärung</b> Der unterzeichnende Arzt bestätigt, dass die obenstehenden Angaben richtig sind. Die mit *) bezeichneten Angaben sind optional. Mit der Angabe der Email-Adresse bestätigt der Gesuchsteller, dass er mit der Zustellung der ZSR-Unterlagen und des weiteren schriftlichen Verkehrs über diese E-Mail-Adresse einverstanden ist.  Er verpflichtet sich, sämtliche relevanten Änderungen gemäss diesem Formular umgehend zu melden, damit eine Nachprüfung der Zulassungsbestimmungen und die Zuteilung zur richtigen Arztgruppe für die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgen kann.  Der Arzt nimmt zur Kenntnis, dass die ZSR-Nummer 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.  Sämtliche Haftpflichtansprüche im Zusammenhang mit der Erteilung oder allfälligen Nichterteilung von ZSR- und K-Nummern sind ausdrücklich ausgeschlossen. Im Übrigen gilt das ZSR-Bearbeitungsreglement, das auf der Web-Seite der SASIS AG <a href="http://www.sasis.ch">www.sasis.ch</a> eingesehen werden kann.  Ort und Datum <span style="float: right;">Unterschrift</span>	