



Logopäden-Fragebogen santésuisse-Zahlstellenregister*

*Diese Informationen werden gemäss dem Bearbeitungsreglement Zahlstellenregister (ZSR) verwendet.
 Die jeweils gültige Version des Reglementes ist auf der Internetseite www.santesuisse.ch einsehbar.
 Die männliche Form gilt immer auch für die weibliche.

| Basisdaten | |
|---------------------------------|---|
| Standort-Kanton | |
| EAN Code | |
| Geburtsjahr | |
| Name und Adresse | |
| Anrede | <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr |
| Name | |
| Vorname | |
| Zusatzname | |
| Praxisadresse | |
| Praxis: Postfach | |
| Praxis: PLZ und Ort | |
| Land | <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/> Andere..... |
| 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 |
| Zahlungsverkehr | |
| Nr. PC-Konto | |
| Nr. Bankkonto | |
| Name der Bank | |
| PLZ und Ort der Bank | |
| Clearing-Nr. oder IBAN-Nr. | |
| Kontoinhaber: Name | |
| Kontoinhaber: Vorname | |
| Kontoinhaber: Zusatzname | |
| Kontoinhaber: Strasse, Postfach | |
| Kontoinhaber: PLZ, Ort | |
| Abrechnung über Dritte | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ärztekasse <input type="checkbox"/> Andere.....Einzahlungsschein beilegen |

| Zulassung | |
|--|---|
| Berufsausübungsbewilligung Kanton Kopie beilegen | Kanton..... Datum..... |
| Einschränkung Berufsausübung | <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Region <input type="checkbox"/> Tätigkeit <input type="checkbox"/> Andere..... |
| Gültigkeitsperiode Berufsausübungsbewilligung | von..... bis |
| Ausbildung und Qualifikationen | |
| Diplom Kopie beilegen | Ort..... Datum..... |
| Status | |
| Praxiseröffnung / Beginn selbständige Tätigkeit | Datum |
| Entschädigungsart (gemäss Vertrag) | <input type="checkbox"/> tiers payant <input type="checkbox"/> tiers garant |
| Beziehungen | |
| ZSR-Nr. in anderem Kanton | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ZSR-Nr. |
| Checkliste einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt) | |
| <input type="checkbox"/> Kantonale Berufsausübungsbewilligung | <input type="checkbox"/> Bei Mitgliedschaft DLV, ARLD oder ALOSI Vertragsbeitrittsbestätigung |
| <input type="checkbox"/> Diplom / Anerkennung durch EDK | |
| <input type="checkbox"/> Nachweis 2-jährige praktische Tätigkeit à 100% | <input type="checkbox"/> Eröffnung AHV-Konto selbständig erwerbend |
| <input type="checkbox"/> Beitrittserklärung zum Tarifvertrag | <input type="checkbox"/> Einverständnis Arbeitgeber (bei Teilzeitbeschäftigung) <input type="checkbox"/> Habe kein Anstellungsverhältnis |
| Erklärung und Unterschrift | |
| <p>Der unterzeichnende Logopäde bestätigt, dass obige Angaben der Richtigkeit entsprechen.</p> <p>Die ZSR-Nummer wird ausschliesslich aufgrund der vorgenannten Daten erteilt. Der Inhaber der ZSR-Nummer verpflichtet sich, sämtliche Änderungen umgehend zu melden.</p> <p>Das Unterlassen von Mutationsmeldungen kann zum Entzug der ZSR-Nummer und zur Verweigerung von Leistungszahlungen führen.</p> <p>Der unterzeichnende Logopäde ist damit einverstanden, dass diese Angaben den Geschäftsstellen und den Krankenversicherern für den Zahlungsverkehr, die Rechnungskontrolle, die Statistik und die Wirtschaftlichkeitsprüfung zur Verfügung gestellt werden.</p> <p>Der Logopäde hat davon Kenntnis genommen, dass gemäss dem Krankenversicherungsgesetz KVG und seinen Verordnungen es ausgeschlossen ist, eine Logopädiepraxis in die Rechtsform der Aktiengesellschaft nach Artikel 620ff. OR respektive GmbH nach Artikel 772ff. OR umzuwandeln oder als solche zu betreiben. Die Verordnung über die Krankenversicherung KVV (Artikel 46, Abs. 1) anerkennt nur Logopäden, die ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben. Ein Angestelltenverhältnis zu einer juristischen Person schliesst daher die geforderte Selbständigkeit eindeutig aus.</p> | |
| Ort und Datum | Unterschrift Logopäde |
| | |