# Anmeldung für die Eröffnung einer / eines zusätzlichen Behandelnden mit Ausweisung der GLN auf der Rechnung

ÄRZTEKASSE
CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

**Sehr geehrtes Ärztekasse-Mitglied**

Sie haben sich bei uns mit dem Wunsch gemeldet, eine zusätzliche Behandlerin / einen zusätzlichen Behandler in der von Ihnen benutzten Umgebung einzurichten. Damit wir die korrekte Einrichtung durchführen können, bitten wir Sie, uns dieses Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben zu retournieren.

| **Software** | |
|---|---|
| Softwarevariante | ○ MediWin CB ○ MediOnline<br>○ Rockethealth ○ Healthcare Information Portal |

| **Praxisangaben bestehende Praxis** | |
|---|---|
| Praxisname | |
| Strasse / Nr. | |
| PLZ / Ort | |
| Ansprechperson und Telefon direkt | |
| Gewünschter Umsetzungstermin | |

| **Verantwortliche Person** | |
|---|---|
| Anrede | ○ Herr ○ Frau |
| Titel / Name / Vorname | |
| ZSR-Nummer | |
| GLN<br>*Hinweis: Es muss die GLN einer natürlichen Person angegeben werden* | |

| **Neue Behandlerin / neuer Behandler** | |
|---|---|
| Anrede | ○ Herr ○ Frau |
| Titel / Name / Vorname | |
| Telefonnummer | |
| Mail-Adresse | |
| GLN | |
| Berufsbezeichnung | |
| Berufsausübungsbewilligung | |
| Qualifikationen & Dignitäten | |
| Verrechnung | ○ Volle Verrechnung<br>○ Skalierungsfaktor 0.93 (med. prakt.)<br>○ in Weiterbildung |

| **Agenda** | |
|---|---|
| Konfiguration Agenda gewünscht | ○ Ja ○ Nein |

Mit nachfolgenden Unterschrift(en) wird die Richtigkeit der vorstehenden Angaben, insbesondere der Skalierungsfaktor, bestätigt:

| **Ort, Datum** | **Unterschrift des Vertragspartners**<br>*(für juristische Personen bitte die vorgesehenen Zeichnungsberechtigten)* |
|---|---|
| | |

Formular drucken