

## ePVS ➤ Zugangsberechtigungen für das Kundenportal

<b>Praxis/Klinik/Fachabteilung</b> <small>Ggf. Praxisstempel</small>	
<b>Abrechnungskonto/-en der PVS</b> <small>Bitte zwingend Nummer angeben, für welche Abrechnungskonten der Zugang berechtigt ist.</small>	

### Zugangsberechtigte/r

☐ Herr ☐ Frau    Titel: \_\_\_\_\_ Name: \* \_\_\_\_\_ Vorname: \* \_\_\_\_\_

Position in der Praxis/Klinik: \* \_\_\_\_\_ E-Mail: \* \_\_\_\_\_

Adresse für den Postversand der Zugangsdaten: \_\_\_\_\_  
(falls abweichend von Praxis-/Klinikanschrift)

Bitte wählen Sie für diesen Zugang **eine** Rolle aus und ggf. eine Zusatzberechtigung:  
(Berechtigungen sind vordefiniert)

Rolle/Berechtigung	PAD	Finanzen			Rechnungsübersicht				Standard		
	PAD Upload	Finanzauskunft	Monatsübersicht	Kontoauszug (Download)	Rechn.-ausgänge	Rechnungssuche	Rechnungsdetails	Rechn.o.Freigabe	Downloads (Dokumente)	Einstellungen	Postbox
<input type="checkbox"/> <b>Vollzugriff</b> (z.B. Arzt)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<input type="checkbox"/> <b>PAD Upload</b>	X								X	X	X
<input type="checkbox"/> <b>MFA</b>	X					X	X	X	X	X	X
<input type="checkbox"/> <b>Praxismanager</b>	X				X	X	X	X	X	X	X
<input type="checkbox"/> <b>Finanzcontroller</b>		X	X	X	X			X	X	X	X
<input type="checkbox"/> <b>Steuerberater</b>		X	X							X	X
<input type="checkbox"/> <b>Postbox</b>									X	X	X

Zusatzberechtigungen:

<input type="checkbox"/>	<b>Hybrid-DRG</b> (* nur notwendig für die Abrechnung von Hybrid-DRGs)
--------------------------	--

\*Pflichtfeld – zwingend anzugeben

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Zugangsformular unterschrieben per Fax an die Faxnummer: **0711-7191581**.  
 Sie benötigen mehr als einen Zugang? Dann kopieren Sie bitte dieses Formular und senden uns alle Seiten zu. Vielen Dank.

Datum \_\_\_\_\_

Stempel, Unterschrift (Unterschrift aller Gesellschafter erforderlich)

\_\_\_\_\_  
 Name in Druckbuchstaben