

## ePVS ➤ Zugangsberechtigungen für das Kundenportal

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

### 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:  
(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"/> Vollzugriff (z.B. Arzt)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<input type="checkbox"/> PAD Upload	X								X	X	X
<input type="checkbox"/> MFA	X					X	X	X	X	X	X
<input type="checkbox"/> Praxismanager	X				X	X	X	X	X	X	X
<input type="checkbox"/> Finanzcontroller		X	X	X	X			X	X	X	X
<input type="checkbox"/> Steuerberater		X	X							X	X
<input type="checkbox"/> Postbox									X	X	X

\*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