

## ePVS ➤ Zugangsberechtigungen für das Kundenportal

|  |  |
|--|--|
| <b>Praxis/Klinik/Fachabteilung</b><br>Ggf. Praxisstempel   |  |
| <b>Abrechnungskonto/-en der PVS</b><br>Bitte zwingend Nummer angeben, für welche Konten 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"/> <b>Vollzugriff</b> (z.B. Arzt) | X          | 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       |   |

\*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 (**aller** Gesellschafter erforderlich)

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