

# PVS dialog-Anmeldeformular für die Abrechnung der Besonderen Versorgung "Integrative Medizin"

– Weiterer Zugang –

PVS pria GmbH  
PVS dialog - Neue Versorgungsformen  
Remscheider Str. 16  
45481 Mülheim

oder per Fax 0208 4847-796

Zur datenschutzrechtlichen Freigabe der Geschäftsdaten und Patienteninformationen ist für die Nutzung von PVS dialog das folgende Dokument notwendig.

Dieses Anmeldeformular gilt jeweils für einen Nutzer und ist nur mit Unterschrift des Arztes gültig.

<b>Kundennummer<sup>1</sup>/ Beteiligtennummer<sup>1</sup></b>	<b>8069</b>
<b>Benutzerfreigabe</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mitarbeiter der Praxis</b> <input type="checkbox"/> <b>Praxisinhaber (bei angestelltem Arzt)*</b>
<b>Titel/Vorname/Name<sup>2</sup></b>	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
<b>Funktion/Abteilung</b>	
<b>E-Mail-Adresse<sup>2</sup> (Die E-Mail-Adresse muss von der des Arztes abweichen)</b>	
<b>Straße/Postfach</b>	
<b>PLZ/Ort</b>	

Die hier angegebene E-Mail-Adresse wird auch genutzt, wenn Sie Ihr Passwort vergessen haben. Sie erhalten dann an diese E-Mail-Adresse eine E-Mail, über die Sie den Zugang erneut freischalten können. Achten Sie darauf, dass es sich um eine **E-Mail-Adresse** handelt, **welche nicht von anderen Personen genutzt wird**, sodass keine unberechtigte Person Zugang zu Ihren Daten erhält.

Bei der Auswahl des Umfangs der Zugriffsberechtigung des einzelnen Berechtigten für PVS dialog hat der Kunde diese so auszugestalten, dass sie den besonderen **Anforderungen des Datenschutzes** gerecht wird. Es ist insbesondere durch den Kunden zu gewährleisten, dass die zur **Benutzung der Plattform PVS dialog Berechtigten** ausschließlich auf die für ihren Tätigkeitsbereich **unbedingt erforderlichen personenbezogenen Daten** zugreifen können. Der Kunde erklärt hiermit, dass jeder benannte **Mitarbeiter berufsmäßiger Gehilfe im Sinne des § 203 des Strafgesetzbuches (StGB) ist** und befugtermaßen mit den Daten in Berührung kommt.

Ferner stimmt er zu, Rechnungsausgangslisten, Abrechnungsbelege, Kontostände und die Abrechnung über Gebühren der PVS pria GmbH nur elektronisch über PVS dialog zu erhalten. Die Dokumente werden im PDF-Format zur Verfügung gestellt.

\*Bei **angestellten Ärzten** ist **zusätzlich** zu deren Unterschrift, die **Unterschrift des Praxisinhabers** erforderlich.

Der **Praxisinhaber** ist jederzeit dazu berechtigt, den **Zugang für seinen Mitarbeiter zu sperren** und die **Teilnahme zu beenden** – insbesondere bei **Beendigung des Angestelltenverhältnisses**.

Dementsprechend bittet der Arzt um Freischaltung der folgenden PVS dialog-Funktionen für die o. g. Person (**bitte nur eine Option auswählen**):

Bitte wählen Sie die gewünschte Funktion für den Benutzer!		Hauptnutzer NV	Einreicher
<input type="checkbox"/>	<b>Hauptnutzer NV:</b> Der Benutzer kann Daten übermitteln und alle Funktionsbereiche sehen – Beträge und Kontenbewegungen inklusive.		
<input type="checkbox"/>	<b>Einreicher:</b> Der Benutzer kann Daten übermitteln, an ihn gerichtete Nachrichten und Handlungsbedarfe einsehen und beantworten, hat jedoch keine Einsicht in die Wirtschaftsdaten.		
<b>Transfer</b>	Transfer von Abrechnungsdaten	●	●
<b>Benachrichtigung</b>	Protokolle per E-Mail an Benutzer für benutzereigene Transfers	●	●
<b>Rechnungen</b>	Rechnungsdaten inkl. Beträge der Einzelrechnungen	●	○
	Export von Rechnungsdaten als XLS-/CSV-Datei	●	○
	summierte Rechnungsbeträge auf der Startseite und im Transferprotokoll	●	○
<b>Konto</b>	Zahlungseingänge auf der Startseite	●	○
	→ Export als XLS-/CSV-Datei	●	○
	Menü Kontensicht	●	○
<b>Kommunikation</b>	Darstellung der gesamten Kommunikation für alle Benutzer	●	○
	Darstellung der benutzerbezogenen Kommunikation	○	●
<b>Dokumentation</b>	vertragsindividuelle Dokumentationen	●	○
<b>Benachrichtigung</b>	Benachrichtigung per E-Mail an Benutzer bei Dokumenteneingang (je Dokument)	●	○
<b>Einschreibung</b>	Einschreibung von Patienten und Einsicht in Einschreibedaten	●	●

**Bei Änderungen tatsächlicher und/oder rechtlicher Art in Zusammenhang mit dem/den Zugangsberechtigten teilen Sie dies der PVS bitte unverzüglich mit.**

\_\_\_\_\_  
Datum/persönliche Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Stempel

\_\_\_\_\_  
Datum/persönliche Unterschrift des Praxisinhabers  
(nur bei angestellten Ärzten erforderlich)

\_\_\_\_\_  
Stempel