FORMULAR

Zugriffsrechte des Teams bei einer Videosprechstunde mit dem Anbieter Samedi

ANZULEGENDE KLINIK/ MVZ PRAXIS:	
FACHBEREICH:	
ADRESSE:	

Kontaktdaten für Rückfragen rund um die gewünschte Konfiguration

	INFORM. ZU ABLÄUFEN, PROZESSEN, ETC.
ANSPRECHPARTNER:	
TELEFON/MOBIL:	
E-MAIL:	

1) Zugriff (Teammitglieder)

Hinweis: Jede Person, die eine Videosprechstunde durchführen möchte, muss als eigenes Teammitglied angelegt werden.

Bitte nennen Sie die Personen, die Zugriff auf das System bekommen dürfen, die Videosprechstunden durchführen sollen und welche Personen eine Administratorfunktion einnehmen sollen. Sie können auch Gruppen – als ein gemeinsames Benutzerkonto anlegen z. B. für MFAs, Assistenten.

ANREDE	TITEL	VOR- UND NACHNAME	FUNKTION/ FACHÄRZT*IN	ART DER SPRECHSTUNDE (INDIKATION)	GEPLANTE DAUER	MÖGLICHKEIT DER ONLINE-TERMIN-BUCHUNG?
						JA ○ NEIN ○
						JA ○ NEIN ○
						JA ○ NEIN ○
						JA ○ NEIN ○
						JA ○ NEIN ○
						JA ○ NEIN ○
						JA ○ NEIN ○
						JA ○ NEIN ○
						JA ○ NEIN ○
						JA ○ NEIN ○
						JA ○ NEIN ○
						JA ○ NEIN ○