

Door middel van dit rollenformulier kunt u gebruikersrechten toewijzen aan uw medewerkers. Tevens kunt delen van uw VIPLive account afschermen voor gebruikers die hier geen inzage in dienen te hebben. Wanneer u vragen heeft over het betreffende formulier, dan mag u contact opnemen met de helpdesk: 088 – 528 10 20

<ul style="list-style-type: none"> Huisarts 	Deze rol mag alle functies van VIPLive gebruiken.
<ul style="list-style-type: none"> Assistente FIN 	Deze rol mag alle functies gebruiken behalve de management rapportages en inzage boekhouding.
<ul style="list-style-type: none"> Assistente 	Deze rol mag alleen de functies voor het afhandelen van de retourinformatie, COV & ION en het voorraadsysteem gebruiken.
<ul style="list-style-type: none"> POH-S 	Deze rol mag alleen de functies gebruiken van de zorggroep module in VIPLive.
<ul style="list-style-type: none"> POH-S zonder financieel 	Deze rol mag alleen de functies gebruiken van de zorggroep module in VIPLive, maar ziet hier geen bedragen. Hier vallen ook de indicatorenrapporten onder het DBC overzicht onder incl. patiëntdata.
<ul style="list-style-type: none"> Kwaliteitsmedewerker 	Deze rol mag alleen de functies gebruiken van Inzicht in uw Praktijk met uitzondering van rapportages declaratieproces.
<ul style="list-style-type: none"> AIOS 	Deze rol mag alleen de functies gebruiken van de AIOS module in VIPLive.

Ja, ik wil gebruikmaken van deze optie: Graag zo volledig mogelijk invullen, inclusief ondertekening en stempel.

Praktijk AGB code:	Praktijknaam:	
<input type="checkbox"/> Huisarts <input type="checkbox"/> Assistente FIN <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> POH-S <input type="checkbox"/> POH-S zonder financieel <input type="checkbox"/> Kwaliteitsmedewerker <input type="checkbox"/> AIOS	Naam: _____ E-mailadres: _____ Mobiel nummer (verplicht): _____	
<input type="checkbox"/> Huisarts <input type="checkbox"/> Assistente FIN <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> POH-S <input type="checkbox"/> POH-S zonder financieel <input type="checkbox"/> Kwaliteitsmedewerker <input type="checkbox"/> AIOS	Naam: _____ E-mailadres: _____ Mobiel nummer (verplicht): _____	
<input type="checkbox"/> Huisarts <input type="checkbox"/> Assistente FIN <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> POH-S <input type="checkbox"/> POH-S zonder financieel <input type="checkbox"/> Kwaliteitsmedewerker <input type="checkbox"/> AIOS	Naam: _____ E-mailadres: _____ Mobiel nummer (verplicht): _____	
Naam: Functie: Huisarts / Praktijkhouder Datum:	Ondertekening:	Stempel: