|  |  |
| --- | --- |
| ***Gäller vid administrering av ny användare*** | |
| **Ny användare** |  |
| **Namn:** Skriv användarens namn här  **HSAid** Skriv användarens HSAid här |  |
| **Personnummer:** Ange användarens personnummer här |  |
| **Behörighetsprofiler:** Ange vilken behörighetsprofil användaren skall ha här |  |
| **Yrkesgrupp:** Ange användarens yrkesgrupp här |  |
| **Behörig till kassa:** Ange aktuellt kassanummer xxx-xx här |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Gäller vid administrering av ny behörighet till befintlig användare*** | | |
| **Ny behörighet**  **Namn:** Skriv användarens namn här  **HSAid:** Skriv användarens HSAid här |  | |
| **Behörighetsprofiler:** Ange vilken behörighetsprofil användaren skall ha här | |  |
| **Behörig till kassa:** Ange aktuellt kassanummer xxx-xx här |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Övrigt:**  Klicka eller tryck här för att ange text. | |
|  |  |
| **Vårdenhetens namn i TakeCare:** Ange Vårdenhetens namn i TakeCare här  **Företaget (vårdgivaren):**Ange Företaget/Vårdgivarens namn här  **Organisationsnummer:** Ange Företagets organisationsnummer här | |

### Underskrift Verksamhetschef (eller motsvarande)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum**  Skriv datum här | **Verksamnhetsansvariges underskrift** | |
| **Namnförtydligande och HSAid**  Skriv namn och HSAid på Verksamhetsansvarig här | | **Befattning**  Skriv befattning här |
| **Mejladress:**  Skriv mejladress till verksamhetsansvarig här | | |

**Underskriven** blankett skannas in och mejlas till [support.takecare.pv@publiccare-se.cgm.com](mailto:support.takecare.pv@publiccare-se.cgm.com)