

# M-OBS

## Formular zur An- und Abmeldung in M-OBS von Klinik Nutzer\*innen

### Hinweise zum Ausfüllen

Mit nachfolgendem Formular können Nutzer\*innen von Kliniken in M-OBS sowohl an- als auch abgemeldet werden. Sie können das Formular direkt am Computer ausfüllen. Dazu öffnen Sie das PDF bitte mit dem Acrobat Reader.

### Wer erhält einen Zugang?

Einen Zugang zu M-OBS können Mitarbeiter\*innen einer vom MGW anerkannten Klinik oder einer\*s Trägers\*in erhalten. Bitte tragen Sie die\*den Antragsteller\*in in den oberen Block bei *Absender\*in* ein.

### Welche Zugangsberechtigungen erhält ein\*e Nutzer\*in damit?

Die Mitarbeiter\*innen können in M-OBS Kurmaßnahmen einstellen, die dazugehörigen Angaben und Kontingente pflegen sowie alle Vormerkungen und Buchungen bearbeiten, die von Beratungsstellen über das System eingereicht werden.

Die Zugangsberechtigung kann der\*die Mitarbeiter\*in für eine oder auch für mehrere Kliniken einer\*s Trägers\*in erhalten. Bitte tragen Sie alle Kliniken in den mittleren Block *Kliniken* ein.

### Angaben zu Nutzer\*innen

Für jede\*n Mitarbeiter\*in können Sie im unteren Block *Nutzer\*innen* angeben, für welche der genannten Kliniken die Berechtigung eingerichtet werden soll.

Bitte geben Sie eine **persönliche dienstliche E-Mail-Adresse** für jede\*n Mitarbeiter\*in an, da die Zugangsdaten und alle automatischen Info-Nachrichten aus dem System an diese E-Mail-Adresse versandt werden. Bitte richten Sie daher den Mitarbeiter\*innen, falls noch nicht geschehen, nach Möglichkeit eine persönliche E-Mail-Adresse ein.

### Abmeldung

Bitte teilen Sie uns über das Abmeldeformular mit, wenn Mitarbeiter\*innen, ihren M-OBS Zugang nicht mehr benötigen. Dazu klicken Sie bitte auf **Abmeldung** oben im Formular.

» [zur ANMELDUNG](#)

» [zur ABMELDUNG](#)



# M-OBS

## Nutzer\*innen **ABMELDUNG** in M-OBS von Klinik Nutzer\*innen

### Absender\*in:

Klinik/  
Träger\*in

Straße, Nr.  
Ansprech-  
partner\*in

PLZ Ort

Telefon

Email

Hiermit bitten wir Sie, die M-OBS Zugänge zur **Maßnahmeneingabe und Buchungsbearbeitung** für die unten genannten Kliniken und Mitarbeiter\*innen zu schließen:

### Kliniken:

Name	Straße Nr.	PLZ Ort	Berechtigung		
K1					
K2					
K3					
Name, Vorname	persönliche Dienstemail	Telefon/ Durchwahl	K1	K2	K3

Wir versichern, dass die o. a. Mitarbeiter\*innen auf die Verschwiegenheit in Bezug auf berufliche Angelegenheiten verpflichtet sind und diese Verpflichtung auch über das Ende ihrer Teilnahme an M-OBS hinaus besteht.

Datum	Ort	Name	Unterschrift Geschäftsführer*in
-------	-----	------	---------------------------------

### Kontakt

Stand: November 2020 / Seite 3 von 3

#### Elly Heuss-Knapp-Stiftung

Deutsches Müttergenesungswerk T 030 330029-18 E mob-s@muettergenesungswerk.de f muettergenesungswerk t mgw\_berlin  
Bergstraße 63 | 10115 Berlin F 030 330029-20 W muettergenesungswerk.de @ muettergenesungswerk\_mgw