|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| logoo | **HBYS GİZLİLİK SÖZLEŞMESİ VE****ERİŞİM YETKİLENDİRME TALEP FORMU** | Doküman No  | BY.FR.01 |
| Yayın Tarihi | 03.05.2017 |
| Revizyon No | 03 |
| Revizyon Tarihi | 01.10.2024 |
| Sayfa No | 1/1 |

|  |
| --- |
| **PERSONEL BİLGİLERİ** |
| **Adı Soyadı** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası** |  |
| **Unvanı/Görevi** |  |
| **Bölümü/Birimi** |  |
| **Diploma Tescil Numarası** |  |
| **E-Posta Adresi** |  |
| **Telefon Numarası** |  |
| **Talep Edilen Yetkiler** | * Yönetici Modülü
* Hekim Modülü
* Hemşire/Yardımcı Sağlık Modülü
* Radyoloji Modülü
* Diş Protez Laboratuvar Modülü
* Hasta Kayıt/Sekreter Modülü
* Ayniyat-Depo Modülü
 | * Bilgi İşlem Modülü
* Personel İşleri Modülü
* Fatura Modülü
* Maaş Tahakkuk Modülü
* Vezne Modülü
* Teknik Bakım Arıza Takip Modülü
* Kalite Modülü
 |
| **BİLGİLENDİRME VE SORUMLULUK BEYANI** |
| * Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden tarafıma verilen kullanıcı adı ve şifre ile yapılan her türlü işlemin sorumluluğunun bana ait olduğunu,
* Yapılan tüm işlemlerin (dosya, sevk açma, silme, değiştirme vb.) sistem tarafından kaydının tutulduğunu bilerek, geçmişe yönelik sorgularda kullanıcı koduma ait işlemlerin sorumluluğunu,
* Kullanıcı şifremi başkaları ile paylaşmayacağımı, şifremin başkalarınca öğrenildiği durumlarda değiştireceğimi,
* Görev değişikliği veya işten ayrılma durumlarında, değişiklik bilgilerini aynı gün, bilgi işlem birimine bildireceğimi,
* Hasta mahremiyeti kapsamında hastaların bilgisi ve izni olmadan hastalara ait tüm kişisel ve sağlık bilgilerinin (kimlik bilgileri, teşhis tedavi bilgileri, röntgen görüntüleri, fotoğrafları vb.) paylaşılamayacağı konusunda bilgilendirildiğimi,
* Hastaların tüm kişisel ve sağlık bilgileri "GİZLİ BİLGİ" kapsamında olduğundan üçüncü şahıslara bildirmeyeceğimi, şahsım tarafımdan da hiçbir şekilde kullanılmayacağını,
* Yönetmeliğe ve mevzuata uygunsuz kullanım ve bilişimle ilgili doğacak her türlü yasal yükümlülüğü, KABUL VE TAAHHÜT EDERIM.

 **Adı Soyadı:****İmza: Tarih:** |
| **ONAY** |
| **Bilgi İşlem Sorumlusu Adı Soyadı:****Kaşe/İmza: Tarih:** |
| **Kurum Yetkilisinin/Sorumlusunun Görüşü: Uygundur Uygun Değildir****Adı Soyadı:****Kaşe/İmza: Tarih:** |
|  |