

	SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	Dok.Kodu	BY.FR.04
	BİLGİ İŞLEM BİRİMİ	Yayın Tarihi	07.04.2016
	HASTANE BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ	Revizyon No	03
	KULLANICI YETKİLENDİRME VE GİZLİLİK ANLAŞMASI	Rev. Tarihi	26.10.2023
		Sayfa No	1/1

Kullanıcı Bilgileri: (Kullanıcı tarafından doldurulacaktır)

T.C. KİMLİK NO	
ADI SOYADI	
GÖREVİ	
GÖREV YERİ	
CEP TELEFONU	

Bilgilendirme: (Kullanıcının bilmesi ve uyması gereken kurallar aşağıda listelenmiştir.)

- Her kullanıcının kendisine ait ve tek bir kullanıcı kodu olur ve bu kullanıcı kodu değiştirilemez.
- Kullanıcı şifresini başkalarıyla paylaşamaz. Şifresinin başkaları tarafından öğrenildiği durumlarda şifresini değiştirmesi gerektiğini bilir.
- Yapılan tüm işlemlerin (dosya, sevk açma, silme, değiştirme, sonuç girme vb) sistem tarafından kaydının tutulduğunu bilir. Geçmişe yönelik sorgulamalarda kullanıcı koduna ait işlemlerin sorumlusu ilgili kullanıcıdır.
- Kullanıcı görev, görev yeri değişiklikleri ve görevin sonlanması halinde bilgi işleme bildirmek zorundadır.
- Kullanıcı yaptığı yanlış işlemleri eğer yetkisi varsa düzelterek, yoksa birim sorumlusundan imzalı evrak getirip ilgili birimden düzeltilmesini sağlayacak ve takipçisi olacaktır.
- Otomasyon sisteminde yer alan hastaların tüm kişisel ve sağlık bilgileri "**GİZLİ BİLGİ**" kapsamında olup bu bilgilere gerekli amaçlar dışında kesinlikle ulaşılmayacak ve kullanılmayacaktır.
- Hasta bilgilerinin üçüncü şahıslara verilmesi kesinlikle yasaktır. Yapan kişiler hakkında yasal işlem yapılacaktır.
- Cumhurbaşkanlığı 2019/12 sayılı genelgesini okudum ve anladım.

Yukarıdaki bilgilerin bana ait olduğunu ve **HBYS, LBYS, PACS veya TIBBİ CİHAZ** kullanıcısı olarak yukarıdaki yazılı bilgileri okuduğumu, sorumluluklarım ve görevlerim konusunda bilgilendirildiğimi kabul ederim.

Tarih :/...../20...
İmza :

Yönetici Onayları (Yöneticiler tarafından doldurulacaktır)

Yukarıda bilgileri verilen kullanıcının, yöneticisi olduğumu ve HBYS, LBYS, PACS veya TIBBİ CİHAZ kullanıcısı olarak görev yeri ile ilgili modülleri kullanmaya yetkili olduğumu beyan ederim.	
Kullanıcının Birim Sorumlusu Onayı Adı Soyadı : Kaşe / imza : Onay Tarihi :/...../20.....	Başhekim Yard./Hastane Müdür Yard. Adı Soyadı : Kaşe / imza : Onay Tarihi :/...../20.....

Birim Sorumlusu onayından sonra

*Öğretim Üyesi olan personel için **Başhekim Yardımcısı** onayı gerekmektedir.

*Araştırma Görevlisi, Hemşire, Sağlık Tek., İdari, Teknik, Sekreter ve diğer personeller için **İlgili Hastane Müdür Yardımcısının** onayı gerekmektedir.

Yetki Veren Yöneticinin Onayı: (Bilgi işlem tarafından doldurulacaktır)

Kullanıcının Yetki Grubu	<input type="radio"/> Öğr. Üyesi	<input type="radio"/> Arş. Görevlisi	<input type="radio"/> Hemşire	<input type="radio"/> Sağlık Tek.	<input type="radio"/> Laboratuvar
	<input type="radio"/> Radyoloji	<input type="radio"/> Ameliyathane	<input type="radio"/> İdari/Teknik	<input type="radio"/> Sekreter	<input type="radio"/> Diğer:
Adı Soyadı:					
İmza:					