



ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΝΕΟΥ ΧΡΗΣΤΗ ΟΠΣΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Τμήμα/Κλινική/ Μονάδα:		Email:		Τηλ. Εργασίας:	

ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ

Μεατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986 καθώς και τον κανονισμό λειτουργίας των Πληροφοριακών Συστημάτων του Νοσοκομείου, ο οποίος βρίσκεται στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου <https://www.venizeleio.gr/pliorefories/kanonismoι/>

Παρακαλώ, όπως μου χορηγήσετε όνομα χρήστη και κωδικό πρόσβασης (login name και password) για την ενεργοποίηση λογαριασμού στα Πληροφορικά Συστήματα του Βενιζέλειου Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Δηλώνω υπεύθυνα:

1. Θα τον χρησιμοποιήσω αποκλειστικά για τις επαγγελματικές μου ανάγκες.
2. Δεν θα κοινοποιήσω σε τρίτους προσωπικά δεδομένα ασθενών ή εργαζομένων.
3. Δεν θα τον γνωστοποιήσω σε άλλα άτομα.
4. Η απόδοση του ονόματος χρήστη και του κωδικού πρόσβασης γίνεται αποκλειστικά με φυσική παρουσία και κάποιο αποδεικτικό για την ταυτοποίηση του χρήστη.
5. Η αλλαγή ιδιότητας ή η αποχώρησή μου από το Βενιζέλειο Νοσοκομείο επιφέρει την υποχρέωση κοινοποίησης αυτής στο τμήμα Πληροφορικής προκειμένου να γίνει απενεργοποίηση της πρόσβασης.

Επιθυμώ να έχω πρόσβαση σε (Σημειώστε με **X** στο αντίστοιχο τετράγωνο) :

1. Στον Η/Υ της εργασίας μου με προσωπικό λογαριασμό.....
2. Στο Πληροφοριακό Σύστημα Διαχείρισης Ασθενών (AmedLine).....
3. Στο Πληροφοριακό Σύστημα HOSPITAL 
  - Γραφείο Προσωπικού.....
  - Διαχείριση Αποθήκης.....
  - Διαχείριση Μονάδας.....
  - Διαχείριση Παγίων.....
  - Λογιστήριο.....
  - Μισθοδοσία.....
  - Οικονομικό Πρωτόκολλο.....
  - Παραγγελίες.....
  - Προμήθειες.....
4. Στο Πληροφοριακό Σύστημα Ηλεκτρονικής Διακίνησης εγγράφων (e – πρωτόκολλο).....
5. Στο Ιατρικό Νοσηλευτικό Πληροφοριακό Σύστημα (ΠΑΝΑΚΕΙΑ).....
6. Στο Πληροφοριακό Σύστημα Διαχείρισης Ιατρικής Εικόνας (RIS –PACS).....
7. Στο Πληροφοριακό Σύστημα του Εργαστηριακού Τομέα (Laboratory Information System – LIS).....
8. Στις βεβαιώσεις μισθοδοσίας μου.....

Παρατηρήσεις :	Ο/Η Αιτών/ούσα, Υπογραφή
----------------	--------------------------

ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ/ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Εισηγήση : Na χορηγηθεί κωδικός πρόσβασης    ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Όνομ/μο, Υπογραφή Δ/ντή
--	-------------------------

ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ

Εισηγήση : Na χορηγηθεί κωδικός πρόσβασης    ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Όνομ/μο, Υπογραφή Υπαλλήλου
--	-----------------------------