



Αρ. Πρωτ:  Ημ/νία:

## ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ (VPN)

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

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

### ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε κωδικό πρόσβασης (login name) για την ενεργοποίηση λογαριασμού απομακρυσμένης πρόσβασης (VPN). 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 απομακρυσμένη πρόσβαση (VPN), δεν υποκαθιστά την φυσική μου παρουσία στο νοσοκομείο όταν αυτή απαιτείται.
5. Η απόδοση του Username και password γίνεται αποκλειστικά με φυσική παρουσία και κάποιο αποδεικτικό για την ταυτοποίηση του χρήστη.
6. Ειδικά για την πρόσβαση στο Πληροφοριακό Σύστημα Διαχείρισης Ιατρικής εικόνας (RIS-PACS) το Νοσοκομείο δεν φέρει καμία ευθύνη για τον εξοπλισμό που διαθέτει ο χρήστης για την απεικόνιση των εικόνων.

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

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Στο Πληροφοριακό Σύστημα Διαχείρισης Ασθενών (AmedLine).....          | <input type="checkbox"/> |
| 2. Στο Πληροφοριακό Σύστημα Μ.Ε.Θ. (CRITIS).....                         | <input type="checkbox"/> |
| 3. Στο Ιατρικό – Νοσηλευτικό Πληροφοριακό Σύστημα (ΠΑΝΑΚΕΙΑ) .....       | <input type="checkbox"/> |
| 4. Στο Πληροφοριακό Σύστημα Διαχείρισης Ιατρικής εικόνας (RIS-PACS)..... | <input type="checkbox"/> |
| 5. Άλλο (περιγράψτε) .....   | <input type="checkbox"/> |

Παρατηρήσεις :	O/H Αιτών/ούσα

### ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ/ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Εισηγήση : Να χορηγηθεί κωδικός πρόσβασης	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Υπογραφή Διευθυντή
---	---	--------------------

### Στοιχεία χορηγηθέντος κωδικού

Login name	Πληροφοριακό Σύστημα που θα έχει πρόσβαση		
Ολοκληρώθηκε :		Ημερομηνία	