



Κατατίθεται στο Πρωτόκολλο του Νοσοκομείου

Αρ. Πρωτ: Ημ/νία:

ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ (VPN)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Τμήμα/Κλινική:		Μονάδα:		Τηλ. Εργασίας :	
Ειδικότητα:				Ειδικευόμενος :	ΝΑΙ / ΟΧΙ

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).....
2. Στο Πληροφοριακό Σύστημα Μ.Ε.Θ. (CRITIS).....
3. Στο Ιατρικό – Νοσηλευτικό Πληροφοριακό Σύστημα (ΠΑΝΑΚΕΙΑ)
4. Στο Πληροφοριακό Σύστημα Διαχείρισης Ιατρικής εικόνας (RIS-PACS).....
5. Άλλο (περιγράψτε)

Τεκμηρίωση αναγκαιότητας (Υποχρεωτικά) :	Ο/Η Αιτών/ούσα
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ολοκληρώθηκε :	Ημερομηνία	<input type="text"/>