

	<b>SELÇUK ÜNİVERSİTESİ</b> <b>TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ</b>	Dok.Kodu	BY.FR.04
	<b>BİLGİ İŞLEM BİRİMİ</b>	Yayın Tarihi	07.04.2016
	<b>HASTANE BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ</b>	Revizyon No	04
	<b>KULLANICI YETKİLENDİRME VE GİZLİLİK ANLAŞMASI</b>	Rev. Tarihi	20.08.2024
		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 :

**Birim Yöneticisi Onayı** (Birim Yöneticisi tarafından doldurulacaktır)

Yukarıda bilgileri verilen kullanıcının, yöneticisi olduğumu ve <b>HBYS, LBYS, PACS veya TIBBİ CİHAZ</b> kullanıcısı olarak görev yeri ile ilgili modülleri kullanmaya yetkili olduğumu beyan ederim.	
Adı Soyadı : Kaşe / imza :	Onay Tarihi : ...../...../20.....

**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:					