

מנהל הסטודנטים

יחידת מחשב

בקשה לאישור שימוש בתוכנה רפואית של המרכז הרפואי שיבא

טופס סודיות לסטודנט

פרטי משתמש:

שם פרטי (עברית): _____ שם משפחה (עברית): _____

שם פרטי (אנגלית): _____ שם משפחה (אנגלית): _____

מספר ת"ז מלא (9 ספרות): | | | | | | | | |

סטודנט ל: _____ מקום לימוד: _____

תאריך תחילת התנסות: _____ תאריך סיום התנסות: _____

מחלקה: _____

טלפון: _____ נייד: _____

ידוע לי כי שימוש במידע רפואי או כל מידע המוגן מתוקף חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981 ותקנות הגנת הפרטיות (תנאי החזקת מידע ושמירתו וסדרי העברת מידע בין גופים ציבוריים), התשמ"א 1986 וסעיף הסודיות הרפואית בחוק זכויות החולה, התשנ"ו 1996.

אני מתחייב לנהוג בהתאם לחוקים ותקנות אלו וכן לשמור על הכללים הבאים:

1. להשתמש במידע לצורך עבודתי בלבד.

2. לא להעביר את המידע לכל גורם שאינו מוסמך או גורם חיצוני כלשהו ללא אישור בכתב של הנהלת בית החולים.

בעת עזיבתי אני מתחייב למחוק את החומר האישי שלי ולהשאיר את החומר הארגוני והמקצועי במחשב. לאחר עזיבתי תהיה למחלקת המחשב גישה לכל המידע לשם שימוש/מחיקת החומר.

חתימת המבקש/ת _____ תאריך _____

לשימוש יחידת המחשב:

שם המשתמש: _____ סיסמא: _____

בוצע ע"י: _____ תאריך: _____