

**נספח 4**

**טופס סודיות רפואית**

**עבור: יחידת מחשב**

**בקשה לאישור שימוש בתוכנה רפואית של המרכז הרפואי שיבא**

**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: \_\_\_\_\_