

**UWAGA: formularz drukować dwustronnie**

*po wypełnieniu dokument POUFNY*

Nazwisko, imiona (pierwsze, drugie)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>PESEL</b></p>										
Komórka organizacyjna – pieczętka kod OPK .....	nr. prawa wykonywania zawodu**										
<b>Stanowisko służbowe</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> kierownik/ordynator</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> pielęgniarka</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> statystyk</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> z-ca kierownika</td> <td><input type="checkbox"/> pielęgniarka oddziałowa</td> <td><input type="checkbox"/> rejestratorka</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> lekarz</td> <td><input type="checkbox"/> sekretarka medyczna</td> <td><input type="checkbox"/> sekretarka**</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> kierownik/ordynator	<input type="checkbox"/> pielęgniarka	<input type="checkbox"/> statystyk	<input type="checkbox"/> z-ca kierownika	<input type="checkbox"/> pielęgniarka oddziałowa	<input type="checkbox"/> rejestratorka	<input type="checkbox"/> lekarz	<input type="checkbox"/> sekretarka medyczna	<input type="checkbox"/> sekretarka**	tel. kontaktowy  tel. wewn.  Nr pokoju:	
<input type="checkbox"/> kierownik/ordynator	<input type="checkbox"/> pielęgniarka	<input type="checkbox"/> statystyk									
<input type="checkbox"/> z-ca kierownika	<input type="checkbox"/> pielęgniarka oddziałowa	<input type="checkbox"/> rejestratorka									
<input type="checkbox"/> lekarz	<input type="checkbox"/> sekretarka medyczna	<input type="checkbox"/> sekretarka**									
Termin ważności uprawnień <b>od:</b> 20...../...../...../ <b>do:</b> 20...../...../...../ <b>lub</b> bezterminowo*											
uprawnienia do aplikacji mają być: <b>A</b> ktywowane -> należy wpisać „A” <b>B</b> lokowane -> należy wpisać „B” <b>Z</b> mienione -> należy wpisać „Z” /hasło nie jest zmienione/ nie zmienione -> należy wpisać „-”											

(1) AMMS (HIS elektroniczna dokumentacja medyczna)	login	hasło pierwsze logowanie	admin
Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”			
Rejestracja - Przychodnia			
Gabinet - Przychodnia			
Gabinet - Zabiegowy			
Pracownia			
Izba przyjęć			
Oddziały <sup>1</sup>			
SOR			
Apteczka oddziałowa			
Zakażenia Szpitalne			
APTEKA			
Rozliczenia			
Statystyka			
Inne.....			
	wpis do Portalu Świadczeniodawcy - potwierdzenie Pionu Monitorowania Świadczeń Medycznych		

(2) Laboratorium (wyniki badań laboratoryjnych /SYNEVO/)	login	hasło pierwsze logowanie	admin				
Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”							
Analityka: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> wszystkie</td> <td style="width: 85%;">1 .....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> inne (wymienić jakie) 1</td> <td>.....</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> wszystkie	1 .....	<input type="checkbox"/> inne (wymienić jakie) 1	.....			
<input type="checkbox"/> wszystkie	1 .....						
<input type="checkbox"/> inne (wymienić jakie) 1	.....						
Oddziały <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> wszystkie (z wyłączeniem badań z Poradni Lekarza Zakładowego)</td> <td style="width: 85%;">1 .....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> inne (wymienić jakie) 1</td> <td>.....</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> wszystkie (z wyłączeniem badań z Poradni Lekarza Zakładowego)	1 .....	<input type="checkbox"/> inne (wymienić jakie) 1	.....			
<input type="checkbox"/> wszystkie (z wyłączeniem badań z Poradni Lekarza Zakładowego)	1 .....						
<input type="checkbox"/> inne (wymienić jakie) 1	.....						
Histopatologia							
Bakteriologia							
Inne:							
Analityka <sup>2</sup> Poradnia Lekarza Zakładowego							

\* niepotrzebne skreślić, \*\* jeżeli dotyczy - obowiązkowo wypełnić

<sup>1</sup> dostęp do różnych komórek wymagana zgoda: Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa/ Z-cy Dyrektora ds. Onkologii / Kierującego oddziałem

<sup>2</sup> dostęp do Poradni Lekarza Zakładowego wymagana Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa



<b>(3) INFINITT</b> (przeгляд diagnostyki obrazowej)		login	hasło pierwsze logowanie	admin
	Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”			
Lekarz klinicysta				
Lekarz radiolog				
Technik				
	ORION - archiwum			
	inne			
<b>(4) CATO</b> (zlecenia i produkcja chemioterapeutyków)		login	hasło pierwsze logowanie	admin
	Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”			
Lekarz				
Mgr farmacji				
Technik farmacji				
Pielegniarka (podawanie tabletek)				
Podgląd				
	inne			
<b>(5) Bank Krwi</b>		login	hasło pierwsze logowanie	admin
	Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”			
Lekarz				
Pielegniarka				
Diagnosta laboratoryjny				
Technik laboratoryjny				
	inne			
<b>(6) Fresenius</b> (żywienie pozajelitowe)		login	hasło pierwsze logowanie	admin
	Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”			
Archiwum				
<b>(7) nfoMedica</b> (część administracyjna)		login	hasło pierwsze logowanie	admin
	Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”			
<b>GRAFIK</b>				
Kadry				
Place				
Koszty				
Finanse i Księgowość				
Gospodarka Materiałowa				
Środki Trwale				
	inne			
<b>(8) Active Directory</b>		login	hasło pierwsze logowanie	admin
	Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”			
konto AD logowania do komputerów, terminali				
Folder na serwerze - <b>komórka organizacyjna</b>				
Folder na serwerze - <b>indywidualnie</b>				
Dostęp do drukarek	NR:			
<b>(9) e-mail</b>		login	hasło pierwsze logowanie	admin
	Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”			
zewnętrzna poczta imienna@kopernik.lodz.pl				
wewnętrzna poczta imienna@linksklad.kssk				
zewnętrzna poczta działu dzial@kopernik.lodz.pl				
<b>(10) Pozostałe</b> (inne aplikacje – należy wymienić jakie)		login	hasło pierwsze logowanie	admin
	Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”			
<b>EOD</b> (elektroniczny obieg dokumentów)				
	inne			
	inne			

Oświadczam, że wnioskowane uprawnienia są niezbędne do wykonywania obowiązków służbowych przez pracownika. Zobowiązuję się powiadomić Administratora Bezpieczeństwa Informacji jeżeli wymagane będzie dokonanie zmian w zakresie przydzielonych uprawnień.

.....  
data, podpis i pieczęć przełożonego

Potwierdzam odbiór haseł i zobowiązuję się do:  
1) niezwłocznej zmiany przydzielonych haseł na nowe,  
2) zabezpieczenia oraz nieudostępniania otrzymanych haseł innym osobom,  
3) przestrzegania obowiązującej w WWCOIT  
Szczegółowej Polityki Bezpieczeństwa Informacji;

.....  
data, czytelny podpis pracownika

Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych

NR .....  
.....  
podpis ABI/osoby upoważnionej

Wniosek zrealizowano

.....  
data i podpis Administratora Aplikacji