

ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ

« Διαχείριση Λογαριασμού χρήστη Επαγγελματία Υγείας ιατρού/φαρμακοποιού και διαδικασία αίτησης ΑΔΔΥ»

V2:23.6.2015

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ

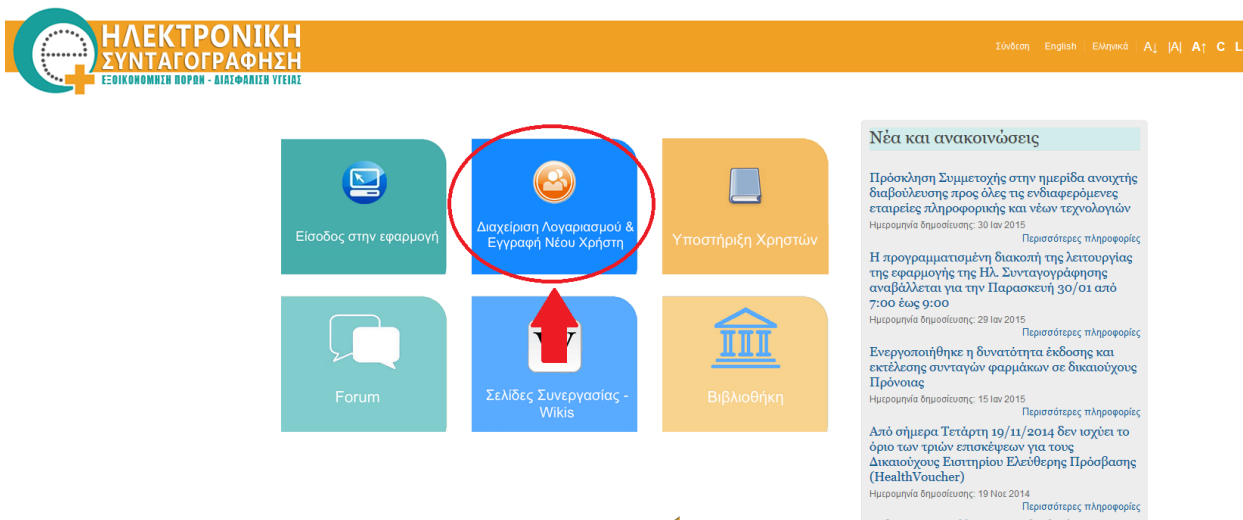
Μέσα από την εφαρμογή Διαχείρισης λογαριασμού έχετε πρόσβαση στα στοιχεία του λογαριασμού σας και έχετε την δυνατότητα να αποστείλετε την αίτηση για την παραλαβή της ΑΔΔΥ.

Περισσότερες πληροφορίες για την ΑΔΔΥ υπάρχουν διαθέσιμες στην αντίστοιχη ενότητα του Portal της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης.

Α. Προβολή Στοιχείων Λογαριασμού

Για την πρόσβαση στα στοιχεία του λογαριασμού σας στο σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης θα πρέπει να ακολουθηθεί η παρακάτω διαδικασία :

1. Στο Portal της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης επιλέγετε το εικονίδιο «Διαχείριση Λογαριασμού & Εγγραφή Νέου Χρήστη» όπως εμφανίζεται στην παρακάτω οθόνη .



2. Στην παρακάτω οθόνη επιλέγετε «**Διαχείριση Λογαριασμού & Αίτηση ΑΔΔΥ**»



3. Εισάγετε τα στοιχεία Όνομα Χρήστη και κωδικό (Password) και επιλέγετε «**Είσοδος**».

4. Στην παρακάτω οθόνη εμφανίζονται ομαδοποιημένα τα στοιχεία του λογαριασμού σας, στις αντίστοιχες ενότητες :

- **Στοιχεία Λογαριασμού**
- **Προσωπικά Στοιχεία**
- **Μονάδες Συνταγογράφησης**
- **Στοιχεία Επικοινωνίας**
- **Στοιχεία Ιατρού / Στοιχεία Φαρμακοποιού**
- **Αίτηση ΑΔΔΥ**



Επεξεργασία Χρήστη ΤΕΣΤ ΓΙΑΤΡΟΣ

Στοιχεία Λογαριασμού

Προσωπικά Στοιχεία

Μονάδες Συνταγογράφησης

Όνομα Χρήστη

umdoctortest

Κωδικός Εγγραφής

90020456

Τύπος Επαγγελματία
Υγείας / Ρόλος

Ιατρός

Αν επιθυμείτε οποιαδήποτε αλλαγή στα στοιχεία σας θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το Γραφείο Αρωγής Χρηστών στο τηλέφωνο 11 131.

Αποστολή αίτησης ΑΔΔΥ (Ασφαλή Διάταξη Δημιουργίας Υπογραφής)

Βήμα 1 :

Επιλέγετε την καρτέλα «**Αίτηση ΑΔΔΥ**» στην οποία είναι προ καταχωρημένα τα στοιχεία σας.

Αναλυτικές πληροφορίες για την λειτουργία των ΑΔΔΥ είναι διαθέσιμες στα [hyperlinks](#) της οθόνης όπως εμφανίζονται παρακάτω:

Αν επιθυμείτε τροποποίηση των στοιχείων σας, συμπληρώστε και αποστείλετε την αίτηση που θα βρείτε [εδώ](#).



Επεξεργασία Χρήστη ΤΕΣΤ ΓΙΑΤΡΟΣ

[Στοιχεία Λογαριασμού](#)[Προσωπικά Στοιχεία](#)[Μονάδες Συνταγογράφησης](#)[Στοιχεία Επικοινωνίας](#)[Στοιχεία Ασφαλιστικού Φορέα](#)[Στοιχεία Ιατρού](#)[Αίτηση Α.Δ.Δ.Υ.](#)

Αναλυτικές πληροφορίες και συχνές ερωτήσεις για την αίτηση ΑΔΔΥ είναι διαθέσιμες [εδώ](#).

Περισσότερες πληροφορίες για τους όρους και τις προϋποθέσεις παραλαβής της ΑΔΔΥ είναι διαθέσιμες [εδώ](#).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η παραλαβή της ΑΔΔΥ γίνεται αυτοπροσώπως και απαιτείται η παράδοση φωτοαντιγράφου της Αστυνομικής Ταυτότητας.

Κωδικός εγγραφής *

11010111

Όνομα χρήστη *

umdoctortest

Α.Μ.Κ.Α. *

01234567890

Α.Φ.Μ. *

987654321

Όνομα *

ΤΕΣΤ

Επώνυμο *

ΓΙΑΤΡΟΣ

Όνομα Πατρός *

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

Χώρα Υπηκοότητας *

ΕΛΛΑΔΑ

Κατηγορία Επαγγελματία
Υγείας *

1001

Βήμα 2 :

- Εισάγετε τα στοιχεία Διεύθυνσης στα οποία επιθυμείτε **να παραλάβετε την ΑΔΔΥ**, όπως εμφανίζονται στην παρακάτω οθόνη.
- Αφού διαβάσετε τους όρους, επιλέγετε το «**Συμφωνώ με τους όρους**» και στη συνέχεια επιλέγετε «**Αποστολή Αίτησης**».

3. Στα στοιχεία του κινητού που έχετε δηλώσει θα σας αποσταλεί ο κωδικός (PIN) που είναι απαραίτητος για τη χρήση των περιεχόμενων στην ΑΔΔΥ ιδιωτικών κλειδιών και πιστοποιητικών.

Διεύθυνση Αποστολής

Οδός *		ΟΔΟΣ
Αριθμός *		ΑΡΙΘΜΟΣ
Πόλη *		ΠΟΛΗ
Τ.Κ. *		10555
Ηλ. Διεύθυνση (E-Mail) *		doctormail@mai.gr
Κινητό Τηλέφωνο *		6977977977
Σταθερό Τηλέφωνο *		2100000000
Σχόλια		ΣΧΟΛΙΑ

*Παρακαλώ συμπληρώστε τυχόν παρατηρήσεις σχετικά με την παράδοση της Α.Δ.Δ.Υ.
(π.χ. ώρα παράδοσης, όροφος, αριθμός γραφείου, ημέρες παραλαβής)*

**Ωρες Παράδοσης 09:00 - 17:00*

Έχω διαβάσει και αποδέχομαι τους όρους χρήσης ☒

ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΑΙΤΗΣΗΣ

Προσοχή Για να ενεργοποιηθεί το κουμπί ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΑΙΤΗΣΗΣ θα πρέπει να συμπληρωθούν όλα τα υποχρεωτικά πεδία.
Τα πεδία με αστερίσκο (*) είναι υποχρεωτικά.

ΠΡΟΣΟΧΗ :

Η διεύθυνση στην αίτηση ΑΔΔΥ πρέπει να είναι αυτή στην οποία θα παραλάβετε αυτοπροσώπως την ΑΔΔΥ.

Είναι επίσης υποχρεωτικό να δοθεί κινητό στο οποίο θα ειδοποιηθείτε για την έκδοση των πιστοποιητικών και θα λάβετε το PIN για να χρησιμοποιήσετε την ΑΔΔΥ.

Έχετε ολοκληρώσει επιτυχώς την διαδικασία αποστολής της αίτησης για την παραλαβή της ΑΔΔΥ.

Στις παρακάτω ενότητες της εφαρμογής Διαχείρισης Λογαριασμού μπορείτε να έχετε πρόσβαση στο σύνολο των στοιχείων που έχετε δηλώσει στο Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης.

- Στοιχεία Λογαριασμού Επαγγελματία Υγείας (Ιατρού/Φαρμακοποιού)**

 Επεξεργασία Χρήστη ΤΕΣΤ ΓΙΑΤΡΟΣ

Στοιχεία Λογαριασμού	Προσωπικά Στοιχεία	Μονάδες Συνταγογράφησης	Στοιχεία
Όνομα Χρήστη	umdoctortest		
Ρόλοι	Ιατρός		

- Προσωπικά Στοιχεία Επαγγελματία Υγείας (Ιατρού/Φαρμακοποιού)**

 Επεξεργασία Χρήστη ΤΕΣΤ ΓΙΑΤΡΟΣ

Στοιχεία Λογαριασμού	Προσωπικά Στοιχεία	Μονάδες Συνταγογράφησης	Στοιχεία Επικοινωνίας	Στοιχεία
Όνομα	ΤΕΣΤ			
Επώνυμο	ΓΙΑΤΡΟΣ			
Όνομα Πατρός	ΟΝΟΜΑ			
Όνομα Μητρός	ΟΝΟΜΑ			
Φύλο	☒ Άνδρας ☐ Γυναίκα			
Ημ. Γέννησης	01/01/1975			
Χώρα Υπηκοότητας	ΕΛΛΗΝΙΚΗ			
A.M.K.A.	01234567890			
A.Φ.Μ.	987654321			

- **Μονάδες Συνταγογράφησης Επαγγελματία Υγείας (Ιατρού/Φαρμακοποιού)**



Επεξεργασία Χρήστη ΤΕΣΤ ΓΙΑΤΡΟΣ

Στοιχεία Λογαριασμού

Προσωπικά Στοιχεία

Μονάδες Συνταγογράφησης

Στοιχεία Επικοινωνίας

Στοι

Οι μονάδες συνταγογράφησης εμφανίζονται μόνο στους φαρμακοποιούς.

- **Στοιχεία Επικοινωνίας Επαγγελματία Υγείας (Ιατρού/Φαρμακοποιού)**



Επεξεργασία Χρήστη ΤΕΣΤ ΓΙΑΤΡΟΣ

Στοιχεία Λογαριασμού

Προσωπικά Στοιχεία

Μονάδες Συνταγογράφησης

Στοιχεία Επικοινωνίας

Στοιχεία Ασφαλι

Κινητά Τηλέφωνα

Τηλεφωνο 1

6999999999

Ηλ. Ταχυδρομείο

E-mail 1

email@email.gr

- **Στοιχεία Ασφαλιστικού Φορέα Επαγγελματία Υγείας (Ιατρού/Φαρμακοποιού)**



Επεξεργασία Χρήστη ΤΕΣΤ ΓΙΑΤΡΟΣ

Στοιχεία Λογαριασμού

Προσωπικά Στοιχεία

Μονάδες Συνταγογράφησης

Στοιχεία Επικοινωνίας

Στοιχεία Ασφαλιστικού Φορέα

Στοιχεία Ιατρο

A.M. ETAA

987654

• Στοιχεία Επαγγελματία Υγείας Ιατρού

 Επεξεργασία Χρήστη ΤΕΣΤ ΓΙΑΤΡΟΣ

Στοιχεία Λογαριασμού Προσωπικά Στοιχεία Μονάδες Συνταγογράφησης Στοιχεία Επικοινωνίας Στοιχεία Ασφαλιστικού Φορέα **Στοιχεία Ιατρού** Αίτηση Α.Δ.Δ.Υ.

Ειδικότητα	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ
Χρονολογία Απόκτησης Ειδικότητας	2005
Αριθμός Αδείας Ασκήσεως Επαγγέλματος	987
Ιατρικός Σύλλογος	ΑΘΗΝΩΝ
Αριθμός Μητρώου Ιατρικού Συλλόγου	123

• Στοιχεία Επαγγελματία Υγείας Φαρμακοποιού

 Επεξεργασία Χρήστη ΤΕΣΤ
ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ

Στοιχεία Λογαριασμού Προσωπικά Στοιχεία Μονάδες Συνταγογράφησης Στοιχεία Επικοινωνίας Στοιχεία Ασφαλιστικού Φορέα **Στοιχεία Φαρμακοποιού** Αίτηση Α.Δ.Δ.Υ.

Φαρμακευτικός Σύλλογος	ΑΤΤΙΚΗΣ
Αριθμός Μητρώου Φαρμακευτικού Συλλόγου	12345455

- **Διαχείριση Α.Δ.Δ.Υ.**

Στο tab «ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ Α.Δ.Δ.Υ.» φαίνονται οι Α.Δ.Δ.Υ. του Επαγγελματία Υγεία φαίνεται η ιστορικότητα των Α.Δ.Δ.Υ καθώς και των αιτήσεων Α.Δ.Δ.Υ. που έχουν υποβληθεί.

 **Επεξεργασία Χρήστη ΤΕΣΤ ΓΙΑΤΡΟΣ**

Στοιχεία Λογαριασμού Προσωπικά Στοιχεία Μονάδες Συνταγογράφησης Στοιχεία Επικοινωνίας Στοιχεία Ασφαλιστικού Φορέα Στοιχεία Ιατρού Αίτηση Α.Δ.Δ.Υ. **Διαχείριση Α.Δ.Δ.Υ.**

Ενεργές Α.Δ.Δ.Υ.

Μέγιστος αριθμός Α.Δ.Δ.Υ.

 1

Δεν υπάρχει ιστορικό Tokens.

ΠΑΡΑΛΑΒΗ Α.Δ.Δ.Υ.

Α.Μ.Κ.Α.	Α.Φ.Μ.	Όνομα (με λατινικούς χαρακτήρες)	Επώνυμο (με λατινικούς χαρακτήρες)	Διεύθυνση Αποστολής	Κινητό Τηλέφωνο	Ημερομηνία Αποστολής	Σχόλια
1234567890	987654321	TEST	GIATROS	ΟΔΟΣ 5, ΠΟΛΗ, 55555	6999999999	12/06/2015	ΣΧΟΛΙΟ

Αν επιθυμείτε οποιαδήποτε αλλαγή στα στοιχεία του λογαριασμού σας, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το Γραφείο Αρωγής Χρηστών στο τηλέφωνο 11 131.