



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

BİLGİ GÜVENLİĞİ İHLALI BİLDİRİM FORMU

S.B.Ü
GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM
VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ

Sayı :

Genel Bilgi		Olay Ayrıntıları	
Adı* :		Önem Derecesi :	<input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Yüksek <input type="checkbox"/> Kritik
Soyadı* :		Olay Tanımı :	<input type="checkbox"/> Yetkisiz Giriş
Telefon* :			<input type="checkbox"/> Yazılım Arızası
E-Posta* :			<input type="checkbox"/> Virüs/Solucan/Trojan
Müdürlük/Şube/Birim*:			<input type="checkbox"/> Web Sitesinin Hack Edilmesi
Tarih* :			<input type="checkbox"/> Tehdit/E-Posta Bombardımanı
			<input type="checkbox"/> Copy right Usulsüzlüğü
		<input type="checkbox"/> Spam	
		<input type="checkbox"/> Müstehcen veya Çirkin Mesaj Gelmesi	
		<input type="checkbox"/> Güvenlik Açıklarından Faydalanma	
		<input type="checkbox"/> Diğer	

Olay Açıklaması* :	
--------------------	--

Lütfen (*) ile Belirtilen Yerleri Boş Bırakmayınız.