**Nyilatkozat**

**Hozzájárulás adatkezeléshez, adattovábbításhoz és adatfelhasználáshoz**

Alulírott, ………………………………………………... ezúton hozzájárulok ahhoz, hogy a(z) ………………………………. gyógyszertár …………………………….. nevű gyógyszerésze a Semmelweis Egyetem Gyógyszerésztudományi Kar szakgyógyszerész-képzésének keretén belül az alapszintű gyógyszerészi gondozás keretében végzett gyógyszerbiztonsági ellenőrzés fejlesztését célzó gyógyszertári projektmunka részeként a tudomására jutott egészségügyi adataimat nyilvántartsa, és amennyiben az egészségem érdekében szükséges, háziorvosom vagy kezelőorvosom tudomására hozza, továbbá a szükséges információkat elektronikus úton továbbítsa az Egyetemi Gyógyszertár Gyógyszerügyi Szervezési Intézet munkatársai részére a projektmunka teljesítését igazoló módon, illetve az egyetemen végezhető kutatások céljából.

Dátum: ………………………… (hely) …………… (év) …………….. (hónap) …… (nap)

……………………………………………. …………………………………………….

beteg aláírása gyógyszerész aláírása

*Meg kell őrizni a gyógyszertárban!*

**Nyilatkozat**

**Teljeskörű tájékoztatásról**

Alulírott, ……………………………………………………… ezúton nyilatkozom, hogy a Semmelweis Egyetem Gyógyszerésztudományi Kar szakgyógyszerész-képzésének keretében megvalósuló, az alapszintű gyógyszerészi gondozás keretében végzett gyógyszerbiztonsági ellenőrzés fejlesztését célzó projektmunkában való részvételem okán megfelelő, írásos tájékoztatásban részesültem a(z) …………………………………................... gyógyszertárban.

Dátum: ………………………… (hely) …………… (év) …………….. (hónap) …… (nap)

……………………………………………. …………………………………………….

beteg aláírása gyógyszerész aláírása

*Meg kell őrizni a gyógyszertárban!*