

1. sz. melléklet

Betegbeleegyező nyilatkozat

Betegbeleegyező nyilatkozat:

Hozzájárulás az adatkezeléshez, adattovábbításhoz és adatfelhasználáshoz

Alulírott ezúton hozzájárulok ahhoz, hogy a(z)
(gyógyszertár).....(gondozó gyógyszerész)
a „Metabolikus szindróma gyógyszerészi gondozási” program során tudomására jutott egészségügyi adatokat, amennyiben azt egészségem érdekében szükséges, kezelőorvosom tudomására hozza, valamint az anonimizált személyes és egészségügyi adatokat a program koordinátora (Gyógyszerészi Gondozás Szakmai Bizottság - GYGSZB) részére továbbítsa. Hozzájárulok, hogy a GYGSZB a program eredményességének érdekében a tudományos elemzéshez és tudományos publikációkhoz az anonimizált mérési adatokat kezelje és feldolgozza.

....., 200.... évhó nap

Beteg neve:

TAJ száma:

Beteg kódszáma:

--	--	--	--

Aláírás:

Gondozó gyógyszerész aláírása:.....