**Akkreditációs kérdőív kórházi gyógyszertárak számára, amelyek a magyar és külföldi gyógyszerészhallgatók záróvizsga előtti közforgalmú gyógyszertári gyakorlatában részt vesznek**

1. **A pályázó gyógyszertár adatai:**

Neve:………………………………………………………………….……………………..

Címe:………………………………………………………………….……………………..

Vezetője:………………………………………………………………….…………………

Telefon: ……………….Fax:………………… E-mail:………………………….…………

A képzésért felelős személy:……………………………………………………..……….

Szakképzett dolgozók száma: …………..gyógyszerész:………..…. asszisztens:………...

Szolgálati rend:……………………………………………………………………..

Hány jelöltet vállal a gyógyszertár:……………………………………………………….

1. **Személyi feltételek, oktató gyógyszerész adatai (ha több oktató gyógyszerész van a gyógyszertárban az ide vonatkozó részt minden oktató gyógyszerészre**

**ki kell tölteni):**

Az oktató gyógyszerész neve:……………………………………………………………….

A végzés helye, ideje:……………………………………………………………………….

Szakmai tapasztalata: ….. év

Tudományos fokozata, megszerzésének ideje: ………………………….…………………

Szakvizsga neve és megszerzésének éve: …..………………………………………………

Nyelvtudás (nyelvvizsga száma, kelte):…………………………………………………….

Eddig hány hallgatója volt záróvizsga előtti gyakorlaton (az adatot éves bontásban kell megadni):

………………………………………………………………………………………………

Az oktató gyógyszerészeknek a Gyógyszerésztudományi Karok által szervezett továbbképzésén részt vett: ……………………………………………….. (év megjelölés)

Tagja-e a Magyar Gyógyszerésztudományi Társaságnak ***igen / nem***

1. **Tájékoztató adatok a gyógyszertár munkájáról:**
2. ellátott osztályok / egységek száma………..
3. járóbeteg ellátó rész („zárt forgalmú”) ***van / nincs***
4. magisztrális gyógyszerkészítési tevékenység: …………készítmény/hónap
5. aszeptikus munka: …………………készítmény/hónap
6. keverék infúzió készítés:……………….palack/hét

Melyik gazdálkodási informatikai rendszert használják?

…………………………………………………………………………………………

A gyógyszertár kapcsolódik-e a betegnyilvántartási rendszerhez? ***igen / nem***

Van-e a gyógyszertárban tanulásra, szakmai megbeszélésre alkalmas hely: ***igen / nem***

A gazdálkodást támogató számítógép mellett szakmai információs adatbázisok elérését lehetővé tevő, a hallgató által használható számítógépes hozzáférés lehetősége (legalább napi 2 órában) ***van / nincs***

Rendelkezésre állnak-e a gyógyszertárban a következő szaklapok:

Gyógyszerészet ***igen / nem***

Gyógyszereink ***igen / nem***

Rendelkezésre állnak-e ajánlott folyóiratok:

Orvosi Hetilap ***igen / nem***

Orvostovábbképző szemle ***igen / nem***

Acta Pharmaceutica Hungarica ***igen / nem***

A gyógyszertár minőségbiztosítási rendszerének főbb jellemzői (melyiket használják?):

ISO ***igen / nem***

BELLA ***igen / nem***

Egyéb ……………………………………………………………………………………….

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a pályázati űrlapban szereplő adatok a valóságnak megfelelnek

………………………………………………

a pályázó gyógyszertár

intézetvezető főgyógyszerészének aláírása

gyógyszertár pecsétje

……………………………, ………. év …………..hó ………nap