

# P1-DS-MS-Ankieta szkolenia e-recepty dla rozwiązań aptecznych

Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania  
zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych

| Metryka                            |                   |                            |                      |
|------------------------------------|-------------------|----------------------------|----------------------|
| Właściciel                         | CSIOZ             |                            |                      |
| Osoba odpowiadająca za weryfikację | Justyna Pancerow  |                            |                      |
| Wersja systemu                     | nd                |                            |                      |
| Autorzy                            | Justyna Pancerow  |                            |                      |
| Zatwierdzający                     | Andrzej Sarnowski | Data zatwierdzenia         | 2018-11-15           |
| Wersja                             | 1.0               | Status dokumentu           | Wersja zaakceptowana |
| Data utworzenia                    | 2018-11-15        | Data ostatniej modyfikacji | 2018-11-15           |

| Historia zmian |        |              |                                       |
|----------------|--------|--------------|---------------------------------------|
| Data zmiany    | Wersja | Autor zmiany | Opis wprowadzonej w dokumencie zmiany |
| 2018.11.14     | 1.0    | CSIOZ        | Przygotowanie wersji 1.0              |
|                |        |              |                                       |
|                |        |              |                                       |

| Dokumenty powiązane |  |
|---------------------|--|
| Nazwa pliku         |  |
| Łączy               |  |
| Zakres              |  |
| Nazwa pliku         |  |
| Łączy               |  |
| Zakres              |  |
| Nazwa pliku         |  |
| Łączy               |  |
| Zakres              |  |

**Temat szkolenia: Szkolenie warsztatowe z wdrożenia funkcjonalności e-  
recepta w oprogramowaniu aptecznym**

|   |  |
|---|--|
| Nazwa apteki wraz z ID z Rejestru Aptek |  |
| Adres podmiotu/szkolenia                |  |
| Data szkolenia                          |  |

Prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania związane z przeprowadzonym szkoleniem.

1. Czy rozumie Pani/Pan model działania e-recepty jaki wdrażany jest w kraju?  
\_\_\_ tak \_\_\_nie
2. Proszę podać możliwe sposoby uruchomienia realizacji recepty elektronicznej:  
.....  
.....  
.....
3. Czy zna Pani/Pan ścieżki realizacji recepty elektronicznej w oprogramowaniu aptecznym?  
\_\_\_ tak \_\_\_nie
4. Czy zna Pani/Pan mechanizmy przeglądu dla recept wystawionych elektronicznie w oprogramowaniu aptecznym?  
\_\_\_ tak \_\_\_nie
5. Czy zna Pani/Pan mechanizmy przeglądu/sprawozdawczości dla recept wystawionych elektronicznie w oprogramowaniu aptecznym?  
\_\_\_ tak \_\_\_nie