

załącznik nr 1 do Regulaminu prowadzenia ewidencji laboratoriów.

### **I. Część obligatoryjna.**

Czytelna pieczęć podmiotu ..... , dnia  
.....  
prowadzącego laboratorium (miejsowość)

Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych  
ul. Konopacka 4 03-428 Warszawa

### **Wniosek o wpis laboratorium do ewidencji**

Na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (tekst jedn.: Dz.U. z 2004 r. Nr 144, poz. 1529 z późn. zm.) **wnoszę o wpisanie laboratorium diagnostycznego** do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.

#### **I. DANE DOTYCZĄCE LABORATORIUM**

1. Pełna nazwa laboratorium .....

.....

2. Skrócona nazwa laboratorium .....

.....

3. Siedziba i adres laboratorium .....

.....

#### **II. DANE DOTYCZĄCE PODMIOTU PROWADZĄCEGO LABORATORIUM**

1. Nazwa (Firma) podmiotu prowadzącego laboratorium .....

.....

2. Forma organizacyjno-prawna podmiotu prowadzącego laboratorium .....

.....

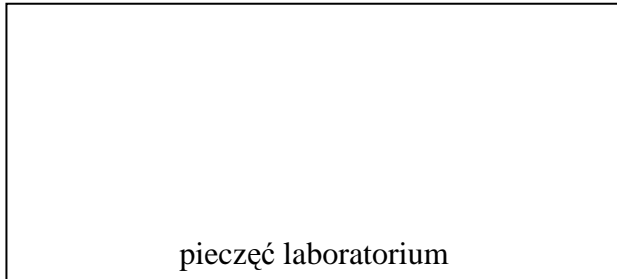
3. Siedziba i adres podmiotu prowadzącego laboratorium .....

.....

4. Numer w rejestrze przedsiębiorców albo w innym właściwym rejestrze lub w ewidencji

działalności gospodarczej podmiotu prowadzącego laboratorium .....

.....



.....  
pieczęć imienna i podpis osoby  
uprawnionej do reprezentacji  
wnioskodawcy

## I. Część fakultatywna.

### Wyjaśnienie:

Poniższe dane, które mogą być fakultatywnie przekazane Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych w ramach:

- 1) Informacji o działalności medycznego laboratorium udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej;
- 2) Formularza badań genetycznych

**- nie są objęte ewidencją laboratoriów i nie będą ujawniane podmiotom trzecim.**

Dane te będą przetwarzane przez KRDL na podstawie pisemnej zgody wyrażonej przez podmiot, który prowadzi laboratorium, w zakresie wskazanym w oświadczeniu.

Niedołączenie do wniosku „Informacji o działalności medycznego laboratorium udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej”, „Formularza badań genetycznych” lub jakichkolwiek danych z Informacji lub Formularza nie powoduje odmowy wpisu do ewidencji laboratoriów ani żadnych innych negatywnych konsekwencji dla podmiotu ubiegającego się o wpis.

## ZGODA

Działając w imieniu własnym/podmiotu, który prowadzi laboratorium ..... dobrowolnie i świadomie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych danych zawartych w „Informacji o działalności medycznego laboratorium udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej” oraz „Formularzu badań genetycznych” w celu realizacji jej ustawowych zadań.

Pod pojęciem przetwarzania rozumiem wszelkie operacje wykonywane na ww. danych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych, z zastrzeżeniem, że przetwarzanie nie obejmuje udostępniania tych danych osobom trzecim.

Oświadczam, że jestem uprawniony do wyrażenia zgody w odniesieniu do wszystkich danych zawartych w „Informacji o działalności medycznego laboratorium udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej” oraz „Formularzu badań genetycznych”.

.....  
pieczęć imienna i podpis osoby  
uprawnionej do reprezentacji wnioskodawcy

## **Informacje o działalności medycznego laboratorium udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej:**

### **A. Badania laboratoryjne z uwzględnieniem działów diagnostyki laboratoryjnej**

- |  |      |                        |
|--|------|------------------------|
| 1. hematologii:                                | tak  | nie                    |
| 2. chemii klinicznej:                          | tak  | nie                    |
| 3. koagulologii:                               | tak  | nie                    |
| 4. analityki ogólnej:                          | tak  | nie                    |
| 5. równowagi kwasowo – zasadowej (gazometrii): | tak  | nie                    |
| 6. laboratoryjnej immunologii medycznej        | tak  | nie                    |
| 7. bakteriologii:                              | tak  | nie                    |
| 8. wirusologii:                                | tak  | nie                    |
| 9. mykologii:                                  | tak  | nie                    |
| 10. parazytologii:                             | tak  | nie                    |
| 11. monitorowania stężenia leków:              | tak  | nie                    |
| 12. toksykologii:                              | tak  | nie                    |
| 13. serologii chorób zakaźnych i zarażeń:      | tak  | nie                    |
| 14. serologii grup krwi:                       | tak  | nie                    |
| 15. medycznej genetyki laboratoryjnej: (*)     | tak  | nie                    |
| 16. cytologii:                                 | tak  | nie                    |
| 17. inne:                                      | tak: | (wymienić jakie) ..... |

**(dołączyć szczegółowy wykaz wykonywanych badań):**

**(\*) UWAGA : jeżeli w części A w pozycji 15 zaznaczono „tak” wówczas do wniosku należy dołączyć wypełniony „formularz badań genetycznych”**

### **B. Prowadzona kontrola jakości:**

- wewnątrzlaboratoryjna (opisać) .....
- zewnątrzlaboratoryjna (opisać) (dołączyć certyfikaty uczestnictwa jeśli posiada, bądź zaświadczenie o zgłoszeniu uczestnictwa)

### **C. Posiadana aparatura (wymienić):**

- hematologii: .....
- chemii klinicznej: .....
- immunochemii: .....
- RKZ (gazometrii): .....
- mikrobiologii: .....
- pozostałe: .....

**D. Kwalifikacje personelu:** ( bez kierownika laboratorium)

- posiadających prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego lub prawo wykonywania zawodu lekarza ( dla lekarzy niebędących diagnostami) w następującej kolejności:

**1) ze specjalizacją II stopnia lub z tytułem specjalisty (specjalizacja jednostopniowa):**

1. podać nr wpisu na listę diagnostów laboratoryjnych
2. podać nr prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego (PWZDL)
3. podać nr prawa wykonywania zawodu lekarza (PWZL)
4. podać dziedzinę specjalizacji

**2) ze specjalizacją I stopnia**

1. podać nr wpisu na listę diagnostów laboratoryjnych
2. podać nr prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego (PWZDL)
3. podać nr prawa wykonywania zawodu lekarza (PWZL)
4. podać dziedzinę specjalizacji:

**3) bez specjalizacji:**

1. podać nr wpisu na listę diagnostów laboratoryjnych
2. podać nr prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego (PWZDL)
3. podać nr prawa wykonywania zawodu lekarza (PWZL)

lp	nr wpisu na listę diagnostów laboratoryjnych	Nr PWZDL	Nr PWZL	Stopień i dziedzina specjalizacji

- 4) podać ilość osób posiadający prawo wykonywania **czynności** diagnostyki laboratoryjnej, np. technik analityki medycznej, licencjat, mgr z dziedziny przydatnej w diagnostyce

.....

**E. Kwalifikacje kierownika laboratorium** (stopień naukowy, posiadane specjalizacje, nr wpisu na listę diagnostów laboratoryjnych nr PWZDL lub w przypadku lekarzy niebędących diagnostami nr PZWL oraz miesiąc i rok objęcia stanowiska kierownika w zgłaszanym laboratorium)

uzyskany tytuł zawodowy i stopień naukowy .....

posiadane specjalizacje .....

numer wpisu na listę diagnostów laboratoryjnych .....

numer prawa wykonywania zawodu lekarza .....

miesiąc i rok objęcia stanowiska kierownika.....

**F. Sposób pobierania materiału do badań:**

- system zamknięty                      tak:    nie:

**G. Posiadane punkty pobrań** próbek materiału do badań (podać liczbę i odległość od macierzystego laboratorium):

- punkt 1 (miejsowość)                      odległość (w km):.....
- punkt 2 (miejsowość)                      odległość (w km):.....
- punkt 3 (miejsowość)                      odległość (w km):.....
- punkt 4 (miejsowość)                      odległość (w km):.....
- punkt 5 (miejsowość)                      odległość (w km):.....
- pozostałe (jak wyżej).....

**H. Zajmowana powierzchnia laboratorium** (w m<sup>2</sup>) .....

**I. Liczba i przeznaczenie** zajmowanych przez laboratorium pomieszczeń

.....

**J. Data rozpoczęcia działalności Laboratorium.**( podać miesiąc i rok ) .....

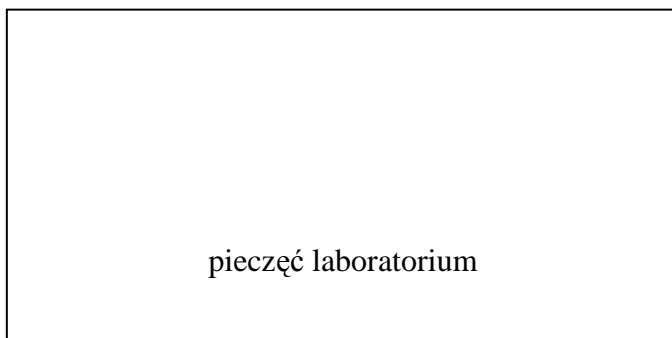
nr telefonu do laboratorium ( wraz z numerem kierunkowym) .....

adres e-mailowy .....

osoba (osoby) z którymi należy się kontaktować

.....tel: ..... adres e-mailowy: .....

.....tel: ..... adres e-mailowy: .....



.....  
pieczęć imienna i podpis osoby  
uprawnionej do reprezentacji wnioskodawcy



.....				
2. Zagraniczne; jeśli tak – podać w jakim systemie i/lub organizatora: .....	tak		nie	
<b><u>V POSIADANE CERTYFIKATY I/LUB AKREDYTACJE; OPISAĆ:</u></b>				
.....				
.....				
<b><u>VI SKŁAD OSOBOWY LABORATORIUM (liczba osób zatrudnionych na pełnym etacie)</u></b>				
1. Specjaliści w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej: ..... osób.				
2. Specjaliści w dziedzinie genetyki klinicznej: ..... osób.				
3. Diagnosty laboratoryjni: (wykonujący badania genetyczne) : ..... osób.				
4. Inni pracownicy: (współpracujący przy badaniach genetycznych) ..... osób.				
<b><u>VIII. WSPÓŁPRACA:</u></b>				
1. Poradnia genetyczna: Nazwa, adres, dane kontaktowe:.....				
.....				
2. Laboratorium/Zakład Patomorfologii: Nazwa, adres, dane kontaktowe:.....				
.....				
3. Jednostka onkologii klinicznej / hematologii: Nazwa, adres, dane kontaktowe:.....				
.....				
4. Inne: Nazwa, adres, dane kontaktowe:.....				
.....				
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy				