

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 medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji**

Na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r., poz. 174) **wnoszę o wpisanie medycznego laboratorium diagnostycznego (laboratorium)** 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 .....

.....

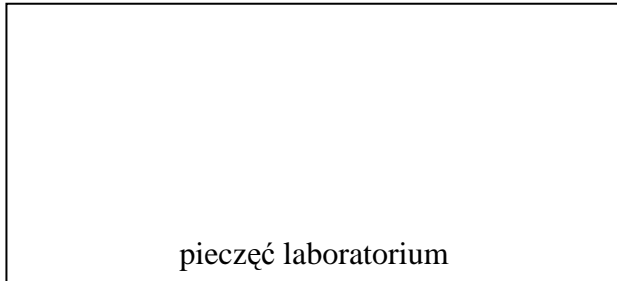
3. Siedziba i adres podmiotu prowadzącego laboratorium .....

.....

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 diagnostycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej;
- 2) Formularza badań genetycznych.

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

Dane te będą przetwarzane przez KRDL na podstawie pisemnej zgody wyrażonej przez podmiot, który prowadzi medyczne laboratorium diagnostyczne, 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 medyczne laboratorium diagnostyczne ..... 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 diagnostycznego  
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 prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego (PWZDL)
2. podać nr prawa wykonywania zawodu lekarza (PWZL)
3. podać dziedzinę specjalizacji

**2) ze specjalizacją I stopnia**

1. podać nr prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego (PWZDL)
2. podać nr prawa wykonywania zawodu lekarza (PWZL)
3. podać dziedzinę specjalizacji:

**3) bez specjalizacji:**

1. podać nr prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego (PWZDL)
2. podać nr prawa wykonywania zawodu lekarza (PWZL)

| lp | 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 PWZDL lub w przypadku lekarzy niebędących diagnostami laboratoryjnymi nr PZWL oraz miesiąc i rok objęcia stanowiska kierownika w zgłaszanym medycznym laboratorium diagnostycznym)

uzyskany tytuł zawodowy i stopień naukowy .....

posiadane specjalizacje .....

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 o medycznego laboratorium diagnostycznego, w którym wykonuje się badanie):

- punkt 1 (miejscowość)                      odległość (w km):.....
- punkt 2 (miejscowość)                      odległość (w km):.....
- punkt 3 (miejscowość)                      odległość (w km):.....
- punkt 4 (miejscowość)                      odległość (w km):.....
- punkt 5 (miejscowość)                      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 ) .....

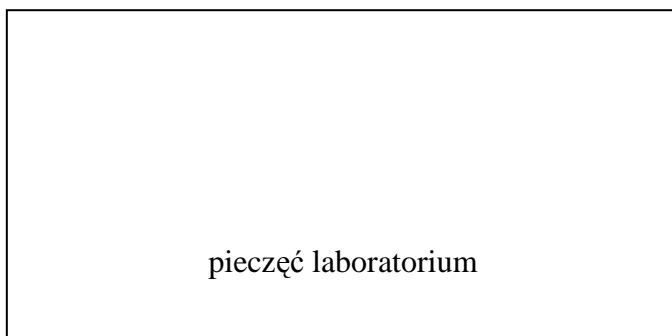
nr telefonu do laboratorium (wraz z numerem kierunkowym) .....

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:<br>Nazwa, adres, dane kontaktowe:.....                           |     |  |     |  |
| .....  |     |  |     |  |
| 2. Laboratorium/Zakład Patomorfologii:<br>Nazwa, adres, dane kontaktowe:.....            |     |  |     |  |
| .....  |     |  |     |  |
| 3. Jednostka onkologii klinicznej / hematologii:<br>Nazwa, adres, dane kontaktowe:.....  |     |  |     |  |
| .....  |     |  |     |  |
| 4. Inne:<br>Nazwa, adres, dane kontaktowe:.....  |     |  |     |  |
| .....  |     |  |     |  |
| Podpis i pieczęć osoby upoważnionej<br>do reprezentowania wnioskodawcy                   |     |  |     |  |