

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

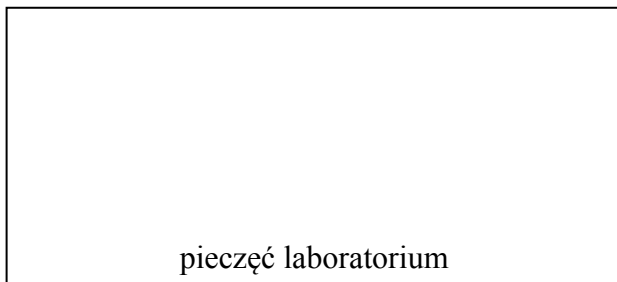
.....

3. Siedziba i adres podmiotu prowadzącego laboratorium

.....

4. Numer w rejestrze przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym albo w innym właściwym rejestrze, o ile podmiot taki numer posiada, a także numer identyfikacji podatkowej (NIP).....

.....



.....
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 <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 2. chemii klinicznej: | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 3. koagulologii: | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 4. analityki ogólnej: | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 5. równowagi kwasowo – zasadowej (gazometrii): | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 6. laboratoryjnej immunologii medycznej | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 7. bakteriologii: | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 8. wirusologii: | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 9. mykologii: | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 10. parazytologii: | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 11. monitorowania stężenia leków: | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 12. toksykologii: | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 13. serologii chorób zakaźnych i zarażeń: | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 14. serologii grup krwi: | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 15. medycznej genetyki laboratoryjnej: (*) | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 16. cytologii: | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 17. inne: | tak: <input type="checkbox"/> | (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 m²)

I. Liczba i przeznaczenie zajmowanych przez laboratorium pomieszczeń

.....

J. Data rozpoczęcia działalności laboratorium (podać miesiąc i rok)

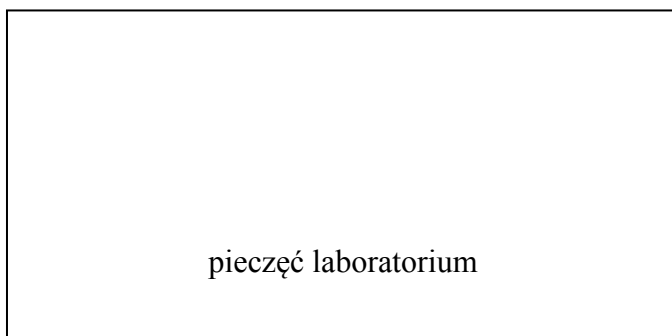
nr telefonu do laboratorium (wraz z numerem kierunkowym)

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	
<u>V POSIADANE CERTYFIKATY I/LUB AKREDYTACJE; OPISAĆ:</u>				
.....				
.....				
<u>VI SKŁAD OSOBOWY LABORATORIUM (liczba osób zatrudnionych na pełnym etacie)</u>				
1. Specjaliści w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej: osób.				
2. Specjaliści w dziedzinie genetyki klinicznej: osób.				
3. Diagnostyci laboratoryjni: (wykonujący badania genetyczne) : osób.				
4. Inni pracownicy: (współpracujący przy badaniach genetycznych) osób.				
<u>VIII. WSPÓLPRACA:</u>				
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				