

ANMÄLAN AV BIOBANKenligt lagen (2002:297) om biobanker
i hälso- och sjukvården m.m.

Datum

Denna blankett skall användas för anmälan enligt 2 kap. 5 § lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m. Den skall också användas för anmälan enligt andra punkten övergångsbestämmelserna till lagen. Blanketten används av vårdgivare och annan huvudman som har beslutat att inrätta en biobank.

Blanketten skall också användas för att anmäla förändringar av tidigare anmälda uppgifter.

Anmälan skall göras inom en månad från beslutet. Förändringar skall anmälas inom en månad från det att ändringen inträdde.

Personuppgifter som lämnas på denna blankett registreras av Socialstyrelsen enligt 2 kap. 6 § lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.

Anmälan avser

| | | |
|---|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Biobank inrättad före den 1 januari 2003 | Datum när den inrättades | (åååå-mm-dd) |
| <input type="checkbox"/> Nyinrättad biobank | Datum | (åååå-mm-dd) |
| <input type="checkbox"/> Förändring av tidigare lämnade uppgifter (ange endast de uppgifter som ändrats) | Datum | (åååå-mm-dd) |
| Registreringsnummer om sådant finns* | * Det nummer som Socialstyrelsen successivt tilldelar registrerade verksamheter. | |

Huvudman för biobanken (juridisk eller fysisk person)

| | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Landsting | Namn på landsting och ansvarig nämnd |
| <input type="checkbox"/> Kommun | Namn på kommun och ansvarig nämnd |
| <input type="checkbox"/> Staten | Namn på myndighet |
| <input type="checkbox"/> Privat | Namn på bolag/stiftelse/enskild firma |
| | Organisationsnummer/personnummer (personnummer skall anges endast om organisationsnummer saknas) |

Huvudmannens adress

| | |
|------------------|---------|
| Utdelningsadress | |
| Postnr | Postort |

Den som huvudmannen utsett som ansvarig för biobanken

| | |
|----------------------|---------|
| Namn | |
| Utdelningsadress | |
| Postnr | Postort |
| Telefon (med riktnr) | E-post |

Plats där biobanken förvaras

| |
|--|
| Biobanken förvaras på <input type="checkbox"/> en ort <input type="checkbox"/> flera orter |
|--|

Ange sjukvårdsinrättning, forskningsinstitution eller motsvarande.
Om biobanken förvaras på flera orter, ange samtliga adresser.

| | |
|------------------|---------|
| Namn | |
| Utdelningsadress | |
| Postnr | Postort |

| | |
|------------------|---------|
| Namn | |
| Utdelningsadress | |
| Postnr | Postort |

| | |
|------------------|---------|
| Namn | |
| Utdelningsadress | |
| Postnr | Postort |

Typ av biobank (ange ett av alternativen Typ 1–Typ 9)

Biobank vid avdelning för patologi/cytologi (**Typ 1**)
Underavdelningar (ange en eller flera)

Biobank vid avdelning för klinisk kemi (**Typ 2**)

Biobank vid avdelning för gynekologi/obstetrik (**Typ 3**)

Biobank som innehåller material för IVF och liknande verksamhet (**Typ 4**)

Biobank vid avdelning för bakteriologi/virologi (**Typ 5**)
Underavdelningar (ange en eller flera)

Biobank som innehåller material för transfusion (**Typ 6**)
Underavdelningar (ange en eller flera)

Biobank som innehåller material för transplantationsändamål (**Typ 7**)

Underavdelningar (ange en eller flera) Hornhinnor
 Hjärtklaffar
 Ortopediskt material

Annan biobank (**Typ 8**)

Beskriv innehållet

Kombination av biobanker (**Typ 9**)

Beskriv

.....

Biobankens ändamål (ange ett eller flera av alternativen)

Vård och behandling

Andra medicinska ändamål

Kvalitetssäkring

Utbildning

Forskning

Klinisk prövning

Utvecklingsarbete

Annan jämförlig verksamhet (t.ex. epidemiologiska undersökningar)

.....

.....

Biobankens omfattning (ange ett eller flera av alternativen)

| Typ av prov | Ungefärligt antal prover vid tidpunkten för anmälan | Beräknat antal nya prover per år |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Organ | | |
| <input type="checkbox"/> Vävnad | | |
| <input type="checkbox"/> Celler/cellinjer | | |
| <input type="checkbox"/> Genomiskt material | | |
| <input type="checkbox"/> Blod eller blodplasma | | |
| <input type="checkbox"/> Urin | | |
| <input type="checkbox"/> Saliv | | |
| Annat, nämligen | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Övriga upplysningar

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Uppgiftslämnare

| | |
|----------------------|--------|
| Namn | |
| Telefon (med riktnr) | E-post |

Anmälan skall skickas till

**Socialstyrelsen
Biobanksregistret
106 30 Stockholm**