

ANMÄLAN AV BIOBANK

enligt lagen (2002:297) om biobanker
i hälso- och sjukvården m.m.

Datum

.....

Inspektionen för vård och omsorg

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

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

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

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

Anmälan avser

<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/Inspektionen för vård och omsorg 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 ska 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 biobankens 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