



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ  
**ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ**

Ν.Π.Δ.Δ.  
MEDICAL ASSOCIATION OF AGRINIO  
ΗΛΙΑ ΗΛΙΟΥ 5 • 30131 ΑΓΡΙΝΙΟ • ΤΗΛ:2641032317  
[www.isagrinio.gr](http://www.isagrinio.gr) • [info@isagrinio.gr](mailto:info@isagrinio.gr)

[Υπουργική Απόφαση: Υ3β/Γ.Π./οικ.55762/26-6-2014 (ΦΕΚ 1802/2014 τ.Β' όπως ισχύει) & Τεχνικές Προδιαγραφές: Υπ. Απόφαση: Γ.Π./οικ.72218/27-8-2014 (ΦΕΚ 2302/2014 τ.Β')]

1. Τα Διαγνωστικά Εργαστήρια υπάγονται στον Κτιριοδομικό Κανονισμό και στον Κανονισμό Πυροπροστασίας Νέων Κτιρίων στην κατηγορία χρήσης « Υγεία και Κοινωνική Πρόνοια».
2. Τα Διαγνωστικά Εργαστήρια πρέπει να στεγάζονται σε χώρο λειτουργικά ενιαίο και ανεξάρτητο από οποιαδήποτε άλλη χρήση.

## **B. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΩΝ**

1. Σύνθεση Διαγνωστικού Εργαστηρίου Απεικονίσεων. Το Διαγνωστικό Εργαστήριο Απεικονίσεων συντίθεται από:  
α) Μία ή περισσότερες αίθουσες εξέτασης με όλους τους βοηθητικούς χώρους (μία αίθουσα εξέτασης περιλαμβάνει μία θέση εξέτασης) και  
β) Τους κοινούς χώρους υποστήριξης, όπως προβλέπονται στον Πίνακα Μετρικών Στοιχείων.
2. Στα Διαγνωστικά Εργαστήρια εφαρμόζονται οι διατάξεις του άρθρου 66, παρ. 19 του Ν.3984/11 όπως ισχύει.

## **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

1. **Η αναγγελία έναρξης (χορηγείται από την Υπηρεσία μας) πρέπει να συνοδεύεται από τα ακόλουθα δικαιολογητικά:**
2. Αντίγραφο άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος ή βεβαίωσης άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, αντίγραφο τίτλου ειδικότητας των επιστημονικά υπευθύνων και βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο, στην περίπτωση που ο δικαιούχος ή ο επιστημονικά υπεύθυνος δεν είναι μέλος του Συλλόγου στην Περιφέρεια του οποίου αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας.
3. Συμβόλαιο αγοράς, ή συμφωνητικό μίσθωσης, ή παραχώρησης χρήσης με, ή χωρίς αντάλλαγμα, του ακινήτου, όπου θα στεγάζεται ο εν λόγω φορέας.
4. Κανονισμό συνιδιοκτησίας σε περίπτωση στέγασης σε πολυκατοικία, από όπου προκύπτει ότι δεν απαγορεύεται ρητά η χρήση του χώρου για τη λειτουργία του φορέα.
5. Διάγραμμα κάτοψης του διατεθειμένου χώρου κλίμακας 1/50, σε δύο αντίγραφα με τις διαστάσεις των χώρων και την επεξήγηση του προορισμού τους, θεωρημένο από διπλωματούχο πολιτικό μηχανικό, ή αρχιτέκτονα, ο οποίος βεβαιώνει ότι οι χρησιμοποιούμενοι χώροι είναι κύριας χρήσης και πιστοποιεί ότι πληρούνται οι τεχνικές προδιαγραφές όπως αυτές ορίζονται στο παράρτημα Α' του Π.Δ. 84/2001 (ΧΚΧ, ή ΧΚΧ\*), καθώς και ότι οι φορείς λειτουργούν υποχρεωτικά μέσα στο ίδιο κτίριο ή σε συνεχόμενα κτίρια και σε χώρους αποκλειστικής χρήσης. (Να αποτυπώνονται τα μηχανήματα με τις διαστάσεις τους).
6. Βεβαίωση από την Πολεοδομία ή από διπλωματούχο **πολιτικό μηχανικό ή αρχιτέκτονα** από την οποία να προκύπτει ότι δεν απαγορεύεται από τις πολεοδομικές διατάξεις και τους κανονισμούς ακτινοπροστασίας ή από άλλες ειδικές διατάξεις η χωροθέτηση της συγκεκριμένης χρήσης στον προβλεπόμενο χώρο.
7. Άδεια οικοδομική ή βεβαίωση από την αρμόδια αρχή για το νομίμως υφιστάμενο κτίριο σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 23 παρ. 1 του Ν. 4067/2012 (Ν.Ο.Κ.)
8. Βεβαίωση από διπλωματούχο ηλεκτρολόγο-μηχανολόγο ή διπλωματούχο ηλεκτρολόγο εγκαταστάτη από την οποία θα προκύπτει ότι η ηλεκτρική εγκατάσταση είναι κατάλληλη και επαρκής για τη χρήση του συγκεκριμένου εξοπλισμού.
9. Πιστοποιητικό πυρασφάλειας.
10. Έναρξη Οικονομικής Εφορίας
11. Κατάλογο όλων των μηχανημάτων που περιλαμβάνονται στον επιστημονικό εξοπλισμό του εργαστηρίου, σύμφωνα με τις τεχνικές προδιαγραφές του παραρτήματος Β' του Π.Δ. 84/2001.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ  
**ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ**

Ν.Π.Δ.Δ.  
MEDICAL ASSOCIATION OF AGRINIO  
ΗΛΙΑ ΗΛΙΟΥ 5 • 30131 ΑΓΡΙΝΙΟ • ΤΗΛ:2641032317  
[www.isagrinio.gr](http://www.isagrinio.gr) • [info@isagrinio.gr](mailto:info@isagrinio.gr)

- Υποβολή επίσημων αντιγράφων των νόμιμων παραστατικών κτήσης της κυριότητας, ή παραχώρησης, ή της διαρκούς κατοχής, ή αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού.
- Πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο ιατρικό εξοπλισμό κατά την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία.
- Απόδειξη Ιατρικού Συλλόγου στην περιφέρεια στην οποία αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας για την καταβολή του ποσού των πεντακοσίων (500) ευρώ.
- Παράβολο για επικύρωση καταστατικού(εφόσον πρόκειται για εταιρεία) ύψους διακοσίων (200) ευρώ ή ανάλογα με το κόστος του τιμολογίου έγκρισης από τον δικηγόρο.
- Απόσπασμα ποινικού Μητρώου του αιτούντος και του επιστημονικά υπευθύνου. Σε περίπτωση νομικού προσώπου ή αστικού ιατρικού συνεταιρισμού, απόσπασμα ποινικού Μητρώου του διαχειριστή ή του νόμιμου εκπροσώπου ή των μελών του Δ.Σ. (σε περίπτωση ανωνύμου εταιρείας) και του επιστημονικά υπευθύνου.
- Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του δικαιούχου και του επιστημονικά υπευθύνου ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος καθώς και των ημερών/ωρών παρουσίας του στον φορέα.
- Βεβαίωση από διπλωματούχο πολιτικό μηχανικό περί της στατικής επάρκειας του ακινήτου, στο οποίο στεγάζεται το διαγνωστικό εργαστήριο, εφόσον πρόκειται για Μαγνητικό Τομογράφο για χώρο εκτός ισογείου ή υπογείου.
- Προσκόμιση ειδικής άδειας λειτουργίας, σύμφωνα με τους ισχύοντες κανονισμούς ακτινοπροστασίας, εφόσον θα χρησιμοποιούνται τεχνικές ή μηχανήματα ιοντίζουσας ακτινοβολίας. Η παραπάνω άδεια εκδίδεται είτε στο όνομα της εταιρείας είτε στο όνομα του εταίρου, που εισφέρει τον εξοπλισμό κατά χρήση.
- Πιστοποιητικό καταλληλότητας ακτινολογικού εξοπλισμού από την Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (Ε.Ε.Α.Ε.) σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.
- ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΟΥ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΠΦΥ ΒΑΣΗ ΤΟΥ ΦΕΚ 16/ΤΑ΄ /01-02-2021ΑΡΘΡΟ 38(ΑΕΡΙΣΜΟΣ ΦΩΤΙΣΜΟΣ)**

#### ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ ΑΠΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

Όταν η βεβαίωση λειτουργίας χορηγείται σε **νομικό πρόσωπο ή σε αστικό ιατρικό συνεταιρισμό**, την αναγγελία έναρξης λειτουργίας υποβάλλει ο νόμιμος εκπρόσωπος. Στην περίπτωση αυτή εκτός των ανωτέρω δικαιολογητικών υποβάλλονται και τα εξής:

- Καταστατικό του νομικού προσώπου ή του αστικού συνεταιρισμού, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 11 του Π.Δ. 84/01 και βεβαίωση του Ιατρικού Συλλόγου περί εγκρίσεως αυτού και εγγραφής της εταιρίας στα μητρώα του, κατά τα οριζόμενα στην παράγραφο 5 του άρθρου 11 του ανωτέρω Π.Δ/τος. Εάν ο Ιατρικός Σύλλογος δεν απαντήσει μέσα στην προθεσμία των εξήντα (60) ημερών, που ορίζεται στην παραπάνω διάταξη, αρκεί η προσκόμιση αντιγράφου της αίτησης μαζί με την απόδειξη της ημερομηνίας κατάθεσής της.
- Ονομαστική κατάσταση του επιστημονικού προσωπικού και υπεύθυνη δήλωση ότι σε περίπτωση διακοπής της εργασιακής σχέσης, θα γνωστοποιείται το όνομα του αντικαταστάτη εντός δέκα πέντε (15) ημερών.
- Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 των επιστημονικά υπευθύνων και των ιατρών ή οδοντιάτρων εταίρων ή μετόχων ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.
- Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86, με θεωρημένο από αρμόδια αρχή το γνήσιο της υπογραφής, του επιστημονικά υπεύθυνου ιατρού στην οποία θα δηλώνονται: α) οτι αναλαμβάνει την



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ  
**ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ**

Ν.Π.Δ.Δ.  
MEDICAL ASSOCIATION OF AGRINIO  
ΗΛΙΑ ΗΛΙΟΥ 5 • 30131 ΑΓΡΙΝΙΟ • ΤΗΛ:2641032317  
[www.isagrinio.gr](http://www.isagrinio.gr) • [info@isagrinio.gr](mailto:info@isagrinio.gr)

επιστημονική υπευθυνότητα του συγκεκριμένου εργαστηρίου β) ότι δεν εργάζεται στο Ε.Σ.Υ. (με οποιαδήποτε εργασιακή σχέση) γ) ότι δεν κατέχει οργανική θέση σε οποιαδήποτε δημόσια υπηρεσία δ) ότι δεν είναι Πανεπιστημιακός ιατρός ε) ότι θα παρευρίσκεται στο εν λόγω εργαστήριο καθ' όλη τη διάρκεια της λειτουργίας του ή κατά τις ώρες από ..... έως ....., στ) δεν κατέχει πάνω από δύο επιστημονικές υπευθυνότητες.

5. Σε περίπτωση Ανώνυμης Εταιρείας, ονομαστικός κατάλογος των μετόχων.

### **ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΟΙΝΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ:**

Είναι δυνατή η χορήγηση μίας (κοινής) βεβαίωσης λειτουργίας σε δύο ή περισσότερους ιατρούς ΤΗΣ ΙΔΙΑΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ, στην περίπτωση που χρησιμοποιούν τον ίδιο χώρο και τον ίδιο εξοπλισμό αλλά σε καθορισμένους διαφορετικούς χρόνους υποδοχής των ασθενών.

### **ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΣΤΕΓΑΣΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ:**

Απλή συστέγαση στον ίδιο χώρο, χωρίς εταιρική σχέση, με αυτοτελείς βεβαιώσεις λειτουργίας, δύο (2) ή περισσότερων ιατρών της αυτής ή διαφορετικής ειδικότητας καθώς επίσης δύο ή περισσότερων ιατρών ή οδοντιάτρων επιτρέπεται μόνο με την προϋπόθεση ότι το σύνολο των διατεθειμένων χώρων κύριας χρήσης επαρκεί για τη χορήγηση ξεχωριστών βεβαιώσεων λειτουργίας, σύμφωνα με το παράρτημα Α του Π.Δ. 84/2001 όπως ισχύει.

- **Στις περιπτώσεις του κοινού εργαστηρίου ή απλής συστέγασης, οι δικαιούχοι υποβάλλουν την αναγγελία έναρξης από κοινού και εκτός των ανωτέρω δικαιολογητικών υποβάλλουν και ιδιωτικό συμφωνητικό με θεωρημένο από αρμόδια αρχή το γνήσιο της υπογραφής, για τον έλεγχο των όρων συνεργασίας και την τήρηση των διατάξεων για την άσκηση του επαγγέλματος και τη δεοντολογία.**

### **ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΧΩΡΩΝ**

- - Η επιφάνεια του χώρου αναμονής που προκύπτει από τους Πίνακες Μετρικών Στοιχείων, μπορεί να είναι ή καταμεμημένη σε επιμέρους αναμονές.
  - Δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιούνται ως χώροι αναμονής πλατύσκαλα κλιμακοστασίων και διάδρομοι κυκλοφορίας.
  - Οι κύριοι διάδρομοι κυκλοφορίας έχουν ελάχιστο πλάτος 1μέτρο.
  - Σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπεται η ταυτόχρονη εξέταση περισσότερων του ενός ασθενών μέσα στον ίδιο ακτινοδιαγνωστικό χώρο. Ο χώρος γραφείου ιατρών στις αίθουσες Μαγνητικής και Αξονικής Τομογραφίας τοποθετείται κατά προτίμηση σε επαφή με τις αίθουσες εξέτασης (κοντά στο χειριστήριο).
  - Οι χώροι που ευρίσκονται δίπλα ή σε επαφή με τις αίθουσες ακτινογραφίας ακτινοσκόπησης και ιδιαίτερα πίσω από τη θέση του bucky, δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως χώροι μακρόχρονης παραμονής ατόμων (υπνοδωμάτια, γραφεία, αίθουσες φαγητού, κ.λπ.) ή ως χώροι μαιευτικού ή παιδιατρικού ιατρείου ή παιδικού σταθμού.
  - Η εσωτερική οργάνωση των αιθουσών εξέτασης θα γίνεται σύμφωνα με τις προδιαγραφές λειτουργίας των σχετικών μηχανημάτων και τη μελέτη ακτινοπροστασίας, όπου απαιτείται. Ο χώρος του χειριστηρίου, σε κάθε περίπτωση αίθουσας εξέτασης, πρέπει να βρίσκεται σε θέση που να εξυπηρετεί λειτουργικά και να εξασφαλίζει απρόσκοπτη οπτική και ακουστική επαφή εξεταζόμενου.
  - Στο Διαγνωστικό Εργαστήριο Απεικόνιστων πρέπει να υπάρχει ένας αυτόματος φορητός πυροσβεστήρας σκόνης 6Κgr τύπου Α,Β,С,Е, ανά 115τμ.



## ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ

### • Ακτινοθωράκιση:

Σε όλες τις αίθουσες εξέτασης στις οποίες επιβάλλεται ακτινοθωράκιση από τους ισχύοντες κανονισμούς ακτινοπροστασίας, η κάλυψη των φύλλων μολύβδου είναι συνεχής χωρίς κενά ή τρύπες ώστε να μην υπάρχει δυνατότητα διαρροής ακτινοβολίας. Οι πόρτες των αιθουσών και αντίστοιχα οι κάσες, θα πρέπει να εξασφαλίζουν τη συνέχεια των θωρακίσεων.

### • Εξαερισμός:

Οι χώροι εξέτασης πρέπει να κλιματίζονται. Ειδικότερα ο θάλαμος ακτινολογικής εξέτασης και το εμφανιστήριο πρέπει να έχουν σύστημα εξαερισμού ικανό για πέντε (5) ανανεώσεις αέρα την ώρα (DIN 1946-φύλλο 4).

### • Χώροι υγιεινής και ακαθάρτων:

Ο εξοπλισμός και οι τελικές επιφάνειες τοίχων και δαπέδων θα είναι σύμφωνες με τις ισχύουσες υγειονομικές διατάξεις.

### • Ηλεκτρική εγκατάσταση:

Θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις λειτουργίας όλων των χρησιμοποιούμενων ιατρικών μηχανημάτων και να είναι σύμφωνη με τον Κανονισμό Εσωτερικών Ηλεκτρικών Εγκαταστάσεων της ΔΕΗ.

### • Εγκατάσταση Κλιματισμού:

Σύμφωνη με τις Τ.Ο.Τ.Ε.Ε. 2423 και 2425, καθώς και με τα άρθρα 27 και 28 του Κτιριοδομικού Κανονισμού.

### • Σήμανση:

Έξω από κάθε αίθουσα εξέτασης πρέπει να υπάρχει εμφανές οπτικό ή ακουστικό σήμα στην είσοδο του ακτινοδιαγνωστικού θαλάμου, που θα λειτουργεί κατά τον χρόνο εξέτασης. Επίσης πρέπει να υπάρχουν ευανάγνωστες οδηγίες για τις εγκύους αναρτημένες στην αίθουσα αναμονής ασθενών.

**Οι κάτοχοι παλαιών αδειών (είτε ιατροί είτε ιατρικές εταιρείες) υποχρεούνται να τις προσκομίσουν.**