



**Anschrift:**

<b>Gerätetyp:</b>	<b>Serien - Nr.:</b>	<b>Teststreifen:</b>	<b>Kontrolllösung:</b>
-------------------	----------------------	----------------------	------------------------

<b>Messmethode:</b>	<b>Einheit:</b>	<b>Analyt:</b>	<b>Probenmaterial:</b>
---------------------	-----------------	----------------	------------------------

Datum und Uhrzeit der Messung	Untersucher Name und Unterschrift	Teststreifen <small>Chargen-Nr./Lot No.</small>	Kontrolllösung <small>Chargen-Nr./Lot No.</small>	Kontrollproben-Messwert	Zielwert	Zulässiger Bereich	Messwert im Toleranzbereich <small>(ja/nein)</small>	Beurteilung <small>(wenn Kontrollprobeneinzelwert vom Toleranzbereich abweicht, muss der Vorgang wiederholt und dokumentiert werden)</small>

Es wird bestätigt, dass die interne Qualitätssicherung den Richtlinien der Bundesärztekammer entspricht.

Verantwortlich:

Kontrollen i.O.:

Datum/Unterschrift:

**5 Jahre Aufbewahrungspflicht**