

Praxis-Anschrift:



<b>Gerätetyp:</b> CoaguChek Pro II	<b>Serien - Nr.:</b> TZ	<b>Teststreifen:</b> CoaguChek PT Test	<b>Kontrolllösung:</b> CoaguChek PT Controls
---------------------------------------	----------------------------	---	---

<b>Einheit:</b> INR	<b>Analyt:</b> TPZ	<b>Untersuchungsmaterial:</b> Kapillarblut
------------------------	-----------------------	---

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

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

Verantwortlich:

Kontrollen i.O.:

Datum/Unterschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5 Jahre Aufbewahrungspflicht**