

Praxis-Anschrift:



Dr. Mustermann / Praxisstempel

<b>Gerätetyp:</b> CoaguChek Pro II	<b>Serien - Nr.:</b> TZ 000000000000	<b>Teststreifen:</b> CoaguChek PT Test	<b>Kontrolllösung:</b> CoaguChek PT Controls
		<b>Einheit:</b> INR	<b>Analyt:</b> Thromboplastinzeit (INR)
		<b>Untersuchungsmaterial:</b> Kapillarblut oder Venöses Blut	

Datum und Uhrzeit der Messung	Untersucher Name und Unterschrift	Teststreifen Chargen-Nr./Lot No.	Kontrolllösung Chargen-Nr./Lot No.	Kontrollproben-Messwert	Zielwert	Zulässiger Bereich	Messwert im Toleranzbereich (ja/nein)	Beurteilung <small>(wenn Kontrollprobeneinzelwert vom Toleranzbereich abweicht, muss der Vorgang wiederholt und dokumentiert werden)</small>
11.11.2023 12 Uhr	Marion Geiger	028/ 293 971 11	001/ 127 852 00	2,0	2,1	1,9 - 2,3	Ja	
11.11.2023 13 Uhr	Marion Geiger	028/ 293 971 11	001/ 127 852 00	1,6	2,1	1,9 - 2,3	Nein	Wiederholung der Messung mit einer neuen Kontrolllösung
11.11.2023 14 Uhr	Marion Geiger	028/ 293 971 11	001/ 127 852 00	1,7	2,1	1,9 - 2,3	nein	Kunden Service Center kontaktieren: Hotline: 0800 - 0800 855 (kostenfrei)
								Mo. - Fr. 8 - 18 Uhr
<h1>Muster</h1>								

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

Verantwortlich: Unterschrift Arzthelfer\*in / MfA

Kontrollen i.O.:

Datum/Unterschrift:

Unterschrift Praxisinhaber\*in

**5 Jahre Aufbewahrungspflicht**