

Praxis-Anschrift:



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

<b>Einheit:</b> SEC	<b>Analyt:</b> aPTT	<b>Untersuchungsmaterial:</b> Kapillarblut
------------------------	------------------------	---

Datum und Uhrzeit der Messung	Untersucher Name und Unterschrift	Teststreifen Chargen-Nr./Lot No.	Kontrolllösung Chargen-Nr./Lot No.	Kontroll- proben- Messwert	Zielwert	Zulässiger Bereich	Messwert im Toleranz- bereich (ja/nein)	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**