



Anschrift:

Gerätetyp:	Serien - Nr.:	Teststreifen:	Kontrolllösung:
-------------------	----------------------	----------------------	------------------------

Messmethode:	Einheit:	Analyt:	Probenmaterial:
---------------------	-----------------	----------------	------------------------

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 (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