Anschrift:

Gerätetyp:	**Serien - Nr.:**	**Test:**	**Kontrolllösung:**
cobas b 101 System		**cobas b** 101 Lipid Panel	**cobas b** 101 Lipid Panel Kontrolle

Einheit:	**Analyt:**	**Untersuchungsmaterial:**
mmol/L	Lipid-Panel (CHOL-TRIGL-HDL-LDL)	Kapillares Vollblut Venöses Vollblut/Plasma mit K_2-, K_3-EDTA

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** (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