



Praxis-Anschrift: _____

Gerätetyp: Reflotron _____ System	Serien - Nr.:	Reagenz:	Kontrolllösung:
--------------------------------------	---------------	----------	-----------------

Einheit:	Analyt:	Untersuchungsmaterial:
----------	---------	------------------------

Datum und Uhrzeit der Messung	Untersucher Name und Unterschrift	Teststreifen Chargen-Nr./Lot No.	Kontrolllösung Chargen-Nr./Lot No.	Kontrollproben-Messwert	Zulässiger Bereich	Messwert im Toleranzbereich	Beurteilung <small>(wenn Kontrollprobeneinzelwert vom Toleranzbereich abweicht, muss der Vorgang wiederholt und dokumentiert werden)</small>
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Es wird bestätigt, dass die interne Qualitätssicherung den Richtlinien der Bundesärztekammer entspricht
 Verantwortlich: _____ Kontrollen i.O.: _____

Datum/Unterschrift: _____

5 Jahre Aufbewahrungspflicht