

Anschrift: _____

Messgröße: HbA1c Test	System: LumiraDx Platform	Messmethode: Quantitativer Fluoreszenz-Immunoassay	Serien-Nr.:
---------------------------------	-------------------------------------	--	--------------------

Untersuchungsmaterial:

- ☐ Frisches Kapillarblut via Lyseaset
☐ Venöses Vollblut via Lyseaset

Datum und Uhrzeit der Messung	HbA1c Test Chargen-Nr./Lot-Nr.	HbA1c Kontrollen Chargen-Nr./Lot-Nr.	Kontrollproben-Messwert	Zielwert / Zielwertbereich	Kontrollproben-Messwert im Toleranzbereich (ja/nein)	Freigabe / Sperrung	Korrekturmaßnahmen Wiederholung falls Toleranzbereich überschritten	Untersucher Name und Unterschrift

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

Verantwortlich: _____

Kontrollen i.O.: _____

Datum/Unterschrift: _____

5 Jahre Aufbewahrungspflicht