

Praxis-Anschrift:



Gerätetyp: CoaguChek Pro II	Serien - Nr.: TZ	Teststreifen: CoaguChek PT Test	Kontrolllösung: CoaguChek PT Controls
---------------------------------------	----------------------------	---	---

Einheit: INR	Analyt: TPZ	Untersuchungsmaterial: 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