

Anschrift: _____

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

Untersuchungsmaterial:

- ☐ Frisches Kapillarblut ☐ Li-Hep-Kapillarblut
☐ Venöses Citrat-Vollblut ☐ Plasma

Datum und Uhrzeit der Messung	D-Dimer Test Chargen-Nr./Lot-Nr.	D-Dimer Kontrollen Chargen-Nr./Lot-Nr.	Kontrollproben-Messwert D-Dimer µg/L	Zielwert / Zielwertbereich D-Dimer µg/L	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