



Anschrift: _____

Gerätetyp: cobas h 232	Serien - Nr.:	Teststreifen: Roche CARDIAC proBNP	Kontrolllösung: ROCHE CARDIAC Control proBNP
----------------------------------	----------------------	--	--

Einheit: pg/ml	Analyt: NT-proBNP	Untersuchungsmaterial: 150 µl heparinisiertes venöses Vollblut
--------------------------	-----------------------------	--

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