

Anschrift: _____

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

Untersuchungsmaterial:

- ☐ Frisches Kapillarblut ☐ Li-Hep-Kapillarblut
☐ Venöses Vollblut (Li-Hep) ☐ Plasma (Li-Hep)

Datum und Uhrzeit der Messung	CRP Test Chargen-Nr./Lot-Nr.	CRP-Kontrollen Chargen-Nr./Lot-Nr.	Kontrollproben-Messwert CRP mg/L	Zielwert / Zielwertbereich CRP mg/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