Anschrift: _____

Gerätetyp: cobas h 232	Serien - Nr.:	Teststreifen:	Kontrolllösung:
	Einheit:	Analyt:	Untersuchungsmaterial: 150µl 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 (wenn Kontrollprobeneinzelwert vom Toleranzbereich abweicht, muss der Vorgang wiederholt und dokumentiert werden)

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

Verantwortlich: _____ Kontrollen i.O.: _____ Datum/Unterschrift: _____

5 Jahre Aufbewahrungspflicht