

Anschrift: _____

Messgröße: NT-proBNP Test	System: LumiraDx Platform	Messmethode: Quantitativer Fluoreszenz-Immunoassay	Serien-Nr.:
-------------------------------------	-------------------------------------	--	--------------------

Untersuchungsmaterial:

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

Datum und Uhrzeit der Messung	NT-proBNP Test Chargen-Nr./Lot-Nr.	NT-proBNP Kontrollen Chargen-Nr./Lot-Nr.	Kontrollproben-Messwert NT-proBNP pg/mL	Zielwert / Zielwertbereich D-Dimer pg/mL	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