

**Praxis-Anschrift:**

\_\_\_\_\_

Gerätetyp: Reflotron _____ System	Serien - Nr.:	Reagenz:	Kontrolllösung:
	Einheit:	Analyt:	Probenmaterial:

Datum und Uhrzeit der Messung	Untersucher Name und Unterschrift	Teststreifen Chargen-Nr./Lot No.	Kontrolllösung Chargen-Nr./Lot No.	Kontrollproben Messwert	Zielwert	Zulässiger Bereich	Messwert im Toleranzbereich (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**