



Anschrift: _____

| | | | |
|--|----------------------|---|--|
| Gerätetyp: Accutrend Plus | Serien - Nr.: | Teststreifen: Accutrend Cholesterol | Kontrolllösung: Accutrend Control CH 1 |
| Messmethode: reflexionsphotometrisch | Einheit: | Analyt: Cholesterin | Probenmaterial: Frisches oder heparinisiertes Kapillarblut |

| Datum und Uhrzeit der Messung | Untersucher Name und Unterschrift | Teststreifen Chargen-Nr./Lot No. | Kontrolllösung Chargen-Nr./Lot No. | KontrollprobenMesswert | 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