



Praxis-Anschrift:

Gerätetyp: CoaguChek XS Pro	Serien - Nr.: TZ	Teststreifen: CoaguChek_____Tests	Kontrolllösung: CoaguChek _____ Controls
	Einheit: INR	Analyt: Thromboplastinzeit	Probenmaterial: Kapillarblut

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 (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