

Anschrift: _____

Messgröße: SARS-CoV-2 & RSV	System: LumiraDx Platform	Messmethode: Quantitativer Immunfluoreszenztest	Serien-Nr.:
			Untersuchungsmaterial: ☐ Nasalabstrich

Datum und Uhrzeit der Messung	SARS-CoV-2 & RSV Test Chargen-Nr./Lot-Nr.	SARS-CoV-2 & RSV Kontrollen Chargen-Nr./Lot-Nr.	Kontrollproben-Messwert Positiv / Negativ	Zielwert Positiv / Negativ	Kontrollproben-Messwert korrekt (ja/nein)	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