



Anschrift: _____

Teststreifen: Micral-Test	Kontrolllösung: LiquiCheck Urinalysis Control Level 1 und 2 (Bjorad)	Messmethode: Immunologischer Nachweis von Human-Albumin	Einheit: mg/l	Analyt: Albumin	Probenmaterial: Urin
-------------------------------------	---	---	-------------------------	---------------------------	--------------------------------

Datum und Uhrzeit der Messung	Untersucher Name und Unterschrift	Teststreifen Chargen-Nr./Lot No.	Kontrolllösung Chargen-Nr./Lot No.	Kontrollproben-Ergebnis	Zielvorgabe der Kontrollprobe	Messwert innerhalb der Zielvorgabe (ja/nein)	Beurteilung <small>(wenn der Kontrollprobeneinzelwert außerhalb der Zielvorgabe liegt 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