



**Anschrift:**

\_\_\_\_\_

<b>Teststreifen:</b> Trop T sensitive	<b>Kontrolllösung:</b> Cardiac Control T RiliBAEK	<b>Messmethode:</b> qualitativer Nachweis des Trop T-Enzyms	<b>Einheit:</b> pos./neg.	<b>Analyt:</b> humanes Troponin T	<b>Probenmaterial:</b> EDTA- bzw. heparinisiertes venöses Vollblut
--	--	--	------------------------------	--------------------------------------	---

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  (wenn der Kontrollprobeneinzelwert außerhalb der Zielvorgabe liegt 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**