



Anschrift: _____

Gerätetyp: cobas b 101 System	Serien - Nr.:	Test: cobas b 101 HbA1c Test	Kontrolllösung: cobas b 101 HbA1c Kontrolle
---	----------------------	--	---

Einheit: % mmol/mol	Analyt: HbA1c	Untersuchungsmaterial: Kapillares Vollblut Venöses Vollblut mit Li-Heparin Venöses Vollblut mit K ₂ -, K ₃ -EDTA
----------------------------------	-------------------------	--

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 <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