

Anschrift: _____

Gerätetyp: cobas h 232	Serien - Nr.:	Teststreifen: Roche CARDIAC D-Dimer	Kontrolllösung: ROCHE CARDIAC Control D-Dimer
Einheit: <input type="checkbox"/> µg/ml <input type="checkbox"/> mg/l <input type="checkbox"/> ng/ml <input type="checkbox"/> µg/l		Analyt: D-Dimer	Untersuchungsmaterial: 150µl heparinisiertes venöses Vollblut

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