

Anschrift: _____

Messgröße: INR Test	System: LumiraDx Platform	Messmethode: Thrombinaktivitätstest / Ergebnisse werden in INR angezeigt	Serien-Nr.:
-------------------------------	-------------------------------------	--	--------------------

Untersuchungsmaterial:

☐ Kapillarblut

Datum und Uhrzeit der Messung	INR Test Chargen-Nr./Lot-Nr.	INR Kontrollen Chargen-Nr./Lot-Nr.	Kontrollproben-Messwert INR	Zielwert / Zielwertbereich INR	Kontrollproben-Messwert im Toleranzbereich (ja/nein)	Freigabe / Sperrung	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