

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

|                                           |                                     |                                                           |                                                                         |
|-------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Messgröße:</b><br>SARS-CoV-2 & Flu A/B | <b>System:</b><br>LumiraDx Platform | <b>Messmethode:</b><br>Quantitativer Immunfluoreszenztest | <b>Serien-Nr.:</b>                                                      |
|                                           |                                     |                                                           | <b>Untersuchungsmaterial:</b><br><input type="checkbox"/> Nasalabstrich |

| Datum und Uhrzeit der Messung | SARS-CoV-2 & Flu A/B Test<br>Chargen-Nr./Lot-Nr. | SARS-CoV-2 & Flu A/B Kontrollen<br>Chargen-Nr./Lot-Nr. | Kontrollproben-Messwert<br>Positiv / Negativ | Zielwert<br>Positiv / Negativ | Kontrollproben-Messwert korrekt<br>(ja/nein) | Korrekturmaßnahmen<br>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**