

Anschrift: _____

Messgröße: SARS-CoV-2 Antigen (Ag) Test	System: LumiraDx Platform	Messmethode: Quantitativer Immunfluoreszenztest	Serien-Nr.:
---	-------------------------------------	---	--------------------

Untersuchungsmaterial:

- ☐ Nasalabstrich
☐ Nasopharyngealabstrich

Datum und Uhrzeit der Messung	SARS-CoV-2 Ag Test Chargen-Nr./Lot-Nr.	SARS-CoV-2 Ag Kontrollen Chargen-Nr./Lot-Nr.	Kontrollproben-Messwert Positiv / Negativ	Zielwert Positiv / Negativ	Kontrollproben-Messwert korrekt (ja/nein)	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