



**Praxis-Anschrift:**

<b>Gerätetyp:</b> CoaguChek XS Plus	<b>Serien - Nr.:</b> TZ	<b>Teststreifen:</b> CoaguChek _____Test	<b>Kontrolllösung:</b> CoaguChek _____Controls
	<b>Einheit:</b> INR	<b>Analyt:</b> Thromboplastinzeit	<b>Probenmaterial:</b> Kapillarblut

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 (wenn Kontrollprobeneinzelwert vom Toleranzbereich abweicht, muss der Vorgang wiederholt und dokumentiert werden)

Es wird bestätigt, dass die interne Qualitätssicherung den Richtlinien der Bundesärztekammer entspricht.

Verantwortlich:

Kontrollen i.O.:

Datum/Unterschrift:

**5 Jahre Aufbewahrungspflicht**