

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

<b>Gerätetyp:</b> Accutrend Plus	<b>Serien - Nr.:</b>	<b>Teststreifen:</b> Accutrend Triglyceride	<b>Kontrolllösung:</b> Accutrend Control TG
-------------------------------------	----------------------	--	--

<b>Messmethode:</b> reflexionsphotometrisch	<b>Einheit:</b>	<b>Analyt:</b> Triglyceride	<b>Probenmaterial:</b> Frisches oder heparinisiertes 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 <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**