

Anschrift: _____

Gerätetyp: Accutrend Plus	Serien - Nr.:	Teststreifen: Accutrend Triglyceride	Kontrolllösung: Accutrend Control TG
-------------------------------------	----------------------	--	--

Messmethode: reflexionsphotometrisch	Einheit:	Analyt: Triglyceride	Probenmaterial: 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