Anschrift: _____

Gerätetyp:	Serien - Nr.:	Test:	Kontrolllösung:
cobas click/ **cobas** b 101 System		**cobas** HbA1c Test Gen. 2	**cobas** HbA1c Control Gen. 2

Einheit:	Analyt:	Untersuchungsmaterial:
%	HbA1c	Kapillares Vollblut
mmol/mol		Venöses Vollblut mit K_2-, K_3-EDTA

Datum und Uhrzeit der Messung	Untersucher Name und Unterschrift	Teststreifen Chargen-Nr./Lot No.	Kontrolllösung Chargen-Nr./Lot No.	Kontroll-proben-Messwert	Zielwert	Zulässiger Bereich	Messwert im Toleranz-bereich (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