Anschrift: _____

Gerätetyp: Accutrend Plus	Serien - Nr.:	Teststreifen: Accutrend Cholesterol	Kontrolllösung: Accutrend Control CH 1
Messmethode: reflexionsphotometrisch	Einheit:	Analyt: Cholesterin	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 (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