Anschrift: _____

Untersucher: _____ _____

Name Unterschrift

Datum und Uhrzeit der Messung	Gerät		Teststreifen	
	Bezeichnung	Serien-Nr.	Bezeichnung	Chargen-Nr./Lot No

Kontrolllösung			Messmethode	Probenmaterial
Hersteller	Bezeichnung	Chargen Nr./Lot No.		

Analyt	Kontroll-proben-Ergebnis	Einheit	Zielvorgabe der Kontrollprobe	Messwert innerhalb der Zielvorgabe (ja/nein)	Beurteilung (wenn der Kontrollprobeneinzelwert außerhalb der Zielvorgabe liegt muss der Vorgang wiederholt und dokumentiert werden)
LEU					
NIT					
pH					
PRO					
GLU					
KET					
UBG					
BIL					
ERY					
HGB					

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

Verantwortlich: Kontrollen i.O.: Datum/Unterschrift

_____ _____ _____

5 Jahre Aufbewahrungspflicht