MUSTER

Anschrift:

Gerätetyp: CoaguChek XS Plus	**Serien - Nr.:** UQ …	**Teststreifen:** CoaguChek XS PT Tests	**Kontrolllösung:** CoaguChek XS PT Controls
Messmethode: elektrochemisch	**Einheit:** INR	**Analyt:** Thromboplastinzeit	**Probenmaterial:** Kapillarblut oder venöses Vollblut

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