

Praxis-Anschrift:



|                                |                                   |                                     |                                       |                                          |                                        |                       |                                                  |                                                                                                                                       |
|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gerätetyp:<br>CoaguChek Pro II | Serien - Nr.:<br>TZ               | Teststreifen:<br>CoaguChek PT Test  |                                       | Kontrolllösung:<br>CoaguChek PT Controls |                                        |                       |                                                  |                                                                                                                                       |
| Einheit:<br>INR                |                                   |                                     |                                       | Analyt:<br>TPZ                           | Untersuchungsmaterial:<br>Kapillarblut |                       |                                                  |                                                                                                                                       |
| Datum und Uhrzeit der Messung  | Untersucher Name und Unterschrift | Teststreifen<br>Chargen-Nr./Lot No. | Kontrolllösung<br>Chargen-Nr./Lot No. | Kontroll-<br>proben-<br>Messwert         | Zielwert                               | Zulässiger<br>Bereich | Messwert im<br>Toleranz-<br>bereich<br>(ja/nein) | Beurteilung<br><br>(wenn Kontrollproben Einzelwert 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