



Anschrift:

Gerätetyp: qLabs® PTZ-INR ElectroMeter	Serien - Nr.:	Teststreifen: qLabs® PTZ-INR Tests	Kontrolllösung: qLabs PTZ-INR Kontrollkit
--	----------------------	--	---

Achtung: Bitte verwenden Sie bei Durchführung der Kontrollen den Streifencode, der auf dem Fläschchen der Kontrolllösung angegeben ist!	Messmethode: elektrometrisch	Einheit: INR	Analyt: PTZ	Probenmaterial: kapillares Vollblut, venöses Blut
---	--	------------------------	-----------------------	---

Datum und Uhrzeit der Messung	Untersucher, Name und Unterschrift	Teststreifen Chargen-Nr./Lot No.	Kontrolllösung Chargen-Nr./Lot No.	Zielwert	Zulässiger Bereich	Kontrollproben-Messwert	Messwert im Toleranzbereich (ja/nein)	Beurteilung <small>(wenn Kontrollprobeneinzelwert vom Toleranzbereich abweicht, muss der Vorgang wiederholt und dokumentiert werden)</small>

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

Kontrollen i.O.: _____

Datum/Unterschrift: _____

5 Jahre Aufbewahrungspflicht