

Klinik: _____ Station/Anschrift: _____ Monat/Jahr: _____

Gerätetyp:	Serien-Nr.:	Blutzuckerteststreifen (Accu-Chek Performa)	Kontroll-Lösung: (Accu-Chek Performa Kontrolle)
Accu-Chek Performa		ChargenNr./Lot-No.: (Laut Teststreifendose)	ChargenNr./ Lot-No: (laut Kontroll-Lsg. Flasche)
Wichtige Information:	Der Aufdruck auf der Teststreifendose ist der Herstellerbereich (+/- 15 % vom Zielwert)	Zielwert: (siehe Teststreifendose)	Toleranzbereich: +/- 16 % vom Zielwert (erlaubt nach alter RiiliBÄK bis 31.03.2010) +/- 11 % vom Zielwert (nach neuer RiiliBÄK ab 01.04.2008)
Einheit:	☐ mg/dl ☐ mmol/l	Level 1:	
Analyt:	Glukose		
Untersuchungsmaterial:	Kapillarblut	Level 2:	

Nr.	Untersucher (Name und Vorname)	Nr.	Untersucher (Name und Vorname)
1		3	
2		4	

Datum und Uhrzeit	Nr. Untersucher	Level	Kontrollproben messwert	Abweichung vom Zielwert	Messwert im Toleranzbereich (ja/nein)	Unterschrift	Anmerkung (wenn Kontrollprobeneinzelwert vom Toleranzbereich abweicht muss der Vorgang dokumentiert werden)

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

Verantwortlich: _____ Kontrollen i. O.: _____ Datum / Unterschrift: _____

Abteilung: _____ Kommentar: _____

5 Jahre Aufbewahrungspflicht!

Ein Service der Roche Diagnostics GmbH. / Außendienst