Interne Qualitätssicherung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen
Patientennahe Sofortdiagnostik mit Unit-use-Reagenzien (Rili-BÄK 2014, Teil B 1, Abschnitt 2.1.5)

Messgerät: (Hersteller, Typ) **Serien-Nr.:** (des Gerätes) **Messplatz:** **Einrichtung/Station/ Praxis (Stempel):**

Analyt/Probenmaterial: **im Blut** **Maßeinheit:**

Messmethode: **Kontrollprobe:** (Hersteller, Bezeichnung, Chargen-Nr.) **verwendbar bis:**

Datum der Kontrollproben-einzelmessung	**Uhrzeit** der Kontrollproben-einzelmessung	**Chargen-Nr.** (Streifen/Sensor usw.)	**Zielwert** der Kontrollprobe	**Zulässiger Bereich** (Tabelle B 1 a, Spalte 3)	**Messergebnis** der Kontrollprobe	**im zuläss. Bereich** (ja/nein)	**Freigabe** (ja/nein)	**Name** (Unter-schrift)	**Bemerkungen** (Korrekturmaßnahmen usw.)

Qualitätskontrolldaten 5 Jahre aufbewahren!

© Staatsbetrieb für Mess- und Eichwesen (Juli 2017)

Interne Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen
Patientennahe Sofortdiagnostik mit Unit-use-Reagenzien
(Rili-BÄK 2014, Teil B 1, Abschnitt 2.1.5)

Einrichtung/Station/Praxis:

Messgerät: (Hersteller, Typ) **Serien-Nr.:** (des Gerätes) **Messplatz:**

Analyt/Probenmaterial: **Maßeinheit:** **Messmethode:**

Hersteller: **Bezeichnung:** **verwendbar bis:**

Chargen-Nr. 1: **Chargen-Nr. 2:**

	Chargen-Nr.: (Streifen/Chip)	**Zielwert** der Kontrollprobe	**zulässiger Bereich der Kontrollprobe** (Tabelle B 1 a, Spalte 3)
Kontrollprobe 1			
Kontrollprobe 2			

Datum der Kontrollproben-einzelmessung	**Uhrzeit**	**Messergebnis** Kontroll-probe 1	Kontroll-probe 2	**im zuläss. Bereich** (ja/nein)	**Freigabe** (ja/nein)	**Name** (Kürzel/ Unterschrift)	**Kommentar** (Korrektur-maßnahmen usw.)

Qualitätskontrolldaten 5 Jahre aufbewahren!

© Staatsbetrieb für Mess- und Eichwesen (Juli 2017)

Interne Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen
Patientennahe Sofortdiagnostik mit Unit-use-Reagenzien
(Rili-BÄK 2014, Teil B 1, Abschnitt 2.1.5)

Einrichtung/Station/Praxis:

Messgerät: (Hersteller, Typ)	**Serien-Nr.:** (des Gerätes)	**Messplatz:**
Analyt/Probenmaterial:	**Maßeinheit:**	**Messmethode:**
Hersteller:	**Bezeichnung:**	**verwendbar bis:**
Chargen-Nr. 1:	**Chargen-Nr. 2:**	**Chargen-Nr. 3:**

	Chargen-Nr.: (Streifen/Chip)	**Zielwert** der Kontrollprobe	**zulässiger Bereich der Kontrollprobe** (Tabelle B 1 a, Spalte 3)
Kontrollprobe 1			
Kontrollprobe 2			
Kontrollprobe 3			

Datum/Uhrzeit der Kontrollproben-einzelmessung	**Messergebnis** Kontroll-probe 1	Kontroll-probe 2	Kontroll-probe 3	**im zuläss. Bereich** (ja/nein)	**Freigabe** (ja/nein)	**Name** (Kürzel/ Unterschrift)	**Kommentar** (Korrektur-maßnahmen usw.)

Qualitätskontrolldaten 5 Jahre aufbewahren!

© Staatsbetrieb für Mess- und Eichwesen (Juli 2017)