Qualitätskontrollblatt

Verify Now SN: Standort: _____

Klinik: _____ Anschrift: _____ Monat/Jahr: _____

Testkassetten: z. B. P2Y12 Assay	Einheit:	zulässiger Bereich Kontrolle Level 1:
Chargen-/Lot-Nr.		zulässiger Bereich Kontrolle Level 2:

Kontrollösung WQC	85047 Flüssigkontrolle Level 1+2	Chargen-/Lot-Nr.
Elektronische Qualitätskontrolle EQC	notieren, ob bestanden oder nicht bestanden	

Datum	**Zeit**	**Untersucher**	**EQC / WQC Level**	**EQC Resultat / WQC Messwert**	**innerhalb der Toleranz (Ja/Nein)**	**Unterschrift**	**Bemerkungen**

Verantwortlich: Kontrollen i. O. Datum / Unterschrift: