

# SOLLWERTERMITTLUNG

Name des Labors/ Klinik und Anschrift:

Ansprechperson:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Kundennummer:

## Messgrundlagen

Parameter/ Analyt	Einheit	Analysiertes Material	Gerät	Kontrolle	Charge/Lot
		Serum / Plasma / Urin / Liquor			

Verwendetes Reagenz: \_\_\_\_\_ Verwendeter Kalibrator: \_\_\_\_\_

Methode: \_\_\_\_\_

## Messwerte

Anzahl Messungen	Messdatum:	gemessene Werte	gemessene Werte	andere Richtigkeitskontrolle 1	andere Richtigkeitskontrolle 2
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Hinweise:

- Bitte führen Sie mindestens 10 Messungen in Doppelbestimmung innerhalb von 14 Tagen durch.
- Tragen Sie die gemessenen 20 Werte in die Tabelle ein zusammen mit einer anderen Vergleichskontrolle.
- Bitte senden Sie uns danach das ausgefüllte Formular via E-Mail oder Fax zu ([info@biomed.de](mailto:info@biomed.de) oder +49 89 315 70010).
- Innerhalb von 14 Tagen erhalten Sie von uns ein Feedback zu Ihren eingeschickten Werten.

Vielen Dank!

