

# CHECKLISTE ZUR TESTDURCHFÜHRUNG (INTERNES PROTOKOLL)

Einrichtung / Vertragspartner: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Durchgeführt von: \_\_\_\_\_ Geräte-Seriennummer: \_\_\_\_\_

| Prüfschritt                                 | Beschreibung                              | Erledigt              | Bemerkung |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|-----------|
| Arbeitsplatz gereinigt & desinfiziert       | Fläche mit geeignetem Mittel gereinigt    | <input type="radio"/> |           |
| Hände gewaschen & getrocknet                | Hygienische Vorbereitung abgeschlossen    | <input type="radio"/> |           |
| Einmalhandschuhe angelegt                   | Persönliche Schutzausrüstung vorhanden    | <input type="radio"/> |           |
| Testkassette kontrolliert (Verfallsdatum)   | Testkassette kontrolliert (Verfallsdatum) | <input type="radio"/> |           |
| Reader & Batterien geprüft                  | Funktionstest erfolgreich                 | <input type="radio"/> |           |
| Unisampler, Lanzette & Zubehör bereitgelegt | Alle Materialien vorhanden                | <input type="radio"/> |           |
| Finger desinfiziert & eingetrocknet         | Hygienisch vorbereitet                    | <input type="radio"/> |           |
| Erster Tropfen verworfen                    | Korrekte Kapillarentnahme                 | <input type="radio"/> |           |
| Kapillare blasenfrei gefüllt                | Kein Lufteinschluss                       | <input type="radio"/> |           |
| Mischung vollständig homogenisiert          | Probe im Puffer gelöst                    | <input type="radio"/> |           |
| 3 Tropfen aufgetragen                       | Reaktionszeit gestartet                   | <input type="radio"/> |           |
| Timer oder Reader gestartet                 | 15 Min. eingehalten                       | <input type="radio"/> |           |
| Ergebnis korrekt abgelesen                  | Werte dokumentiert                        | <input type="radio"/> |           |
| Materialien entsorgt                        | Hygienisch und vollständig                | <input type="radio"/> |           |

Unterschrift des durchführenden Mitarbeiters: \_\_\_\_\_

Durchgeführt von: \_\_\_\_\_