



Online: www.zentrallabor.com
Telefax: 06196-937-810

ANMELDUNG

zum Ringversuch des Zentrallaboratoriums Deutscher Apotheker zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von Blutuntersuchungen in der Apotheke.

Meine Apotheke melde ich für den Ringversuch mit folgendem/n Gerät/en und Kenngröße/n zu folgendem Termin an (bitte ankreuzen):

4. Quartal 2010
Anmeldeschluss: 15. September 2010 Probenversand: 18. – 22. Oktober 2010

Geben Sie in der 1. Spalte der Tabelle das Messgerät, in der 2. Spalte die Blutparameter an, die Sie anmelden möchten. (z.B. Accutrend Plus – Cholesterin; Reflotron – Glucose, AST und ALT).

Genauere Bezeichnung Blutmessgerät (Typ)	Kenngrößen (Zwischen folgenden Blutparametern können Sie frei wählen: GLC, CHOL, HDL, TG, AST, ALT, GGT, Harnsäure, HbA1c, hs-CRP/CRP, Mikroalbumin, Hämoglobin)

Teilnahmegebühr: (Alle Preise verstehen sich zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer.)

Anmeldung eines Gerätes (Erstgerät *) incl. 1 Blutparameter	52,- €
Anmeldung jedes weiteren Gerätes (Zweitgerät) incl. 1 Blutparameter	22,- €
Geräte zur (semi-)quantitativen Bestimmung von HbA _{1c} , hsCRP/CRP oder Mikroalbumin	75,- €
Mikroalbumin-Teststreifen (qualitative Bestimmung) (Online-Anmeldung nicht möglich)	39,- €

* Geräte für Mehrfachbestimmungen wie Cholestech LDX, Reflotron-Variophotometer oder Form CR 3000 sowie die Haemocue-Geräte für die Bestimmung von Glucose und Hämoglobin werden ausschließlich mit 52,- Euro berechnet. Diese Geräte können nicht als Zweitgerät angemeldet werden. Im Preis pro Gerät ist jeweils die Überprüfung eines Blutparameters enthalten. Jeder weitere Blutparameter wird bei Accutrend GC, Accutrend Plus und Reflotron mit 2,50 Euro, bei Cholestech LDX, Variophotometer und Form CR 3000 mit 5,- Euro berechnet.

Achtung: Das CardioChek® PA Gerät kann zu oben genannten Ringversuchen nicht angemeldet werden. Wenn Sie Interesse an einer Ringversuchsteilnahme mit einem CardioChek PA Gerät haben, lassen Sie uns bitte schriftlich eine Nachricht zukommen. Für nähere Informationen können Sie sich gerne mit uns in Verbindung setzen.

Name der Apotheke	Apothekenleiter
Landesapothekerkammer Thüringen	
Kammer	Apothekennummer (IK)
Straße	PLZ, Ort
Telefon/Fax	E-Mail
Apothekenstempel	Datum, Unterschrift

Die Anmeldung zum Ringversuch ist verbindlich. Auf Anfrage bin ich mit der Weitergabe meiner Adresse an die Apothekerkammer einverstanden.