Accu-Chek® Teststreifen Zielbereiche: mg/dl

Accu-Chek Guide Teststreifen
PZN 11 664 909; Ref.-Nr. 07453736003

	Zielwert	Untergrenze	Obergrenze
Bereich +/– 5 %	116	110	122

Accu-Chek Instant Teststreifen
PZN 16 796 165; Ref.-Nr. 07819382003

	Zielwert	Untergrenze	Obergrenze
Bereich +/– 5 %	116	110	122

Formel für Zielbereichsberechnung:

	Untergrenze:	Obergrenze:
Bereich +/– 5 %	Zielwert × 0,95	Zielwert × 1,05

Accu-Chek® Teststreifen Zielbereiche: mmol/l

Accu-Chek Guide Teststreifen
PZN 11 664 909; Ref.-Nr. 07453736003

	Zielwert	Untergrenze	Obergrenze
Bereich +/– 5 %	6,5	6,2	6,8

Accu-Chek Instant Teststreifen
PZN 16 796 165; Ref.-Nr. 07819382003

	Zielwert	Untergrenze	Obergrenze
Bereich +/– 5 %	6,5	6,2	6,8

Formel für Zielbereichsberechnung:

	Untergrenze:	Obergrenze:
Bereich +/– 5 %	Zielwert × 0,95	Zielwert × 1,05

Sie wollen mehr erfahren?
accu-chek.de/fachkräfte

Sie haben Fragen? Ihr Accu-Chek Kundenservice ist unter der kostenfreien Telefonnummer 0800 4466800 von Montag bis Freitag von 08:00 bis 18:00 Uhr für Sie da!

ACCU-CHEK, ACCU-CHEK GUIDE und ACCU-CHEK INSTANT sind Marken von Roche.
Alle anderen Produktnamen und Markenzeichen sind Eigentum ihrer jeweiligen Eigentümer.
© 2026 Roche Diagnostics Deutschland.

Roche Diagnostics Deutschland GmbH
Sandhofer Straße 116
68305 Mannheim

Gerätetyp: ☐ Accu-Chek® Guide ☐ Accu-Chek® Instant		**Serien-Nr.:**		**Blutzuckerteststreifen:** ☐ Accu-Chek® Guide Teststreifen ☐ Accu-Chek® Instant Teststreifen			**Kontrolllösung:** ☐ Accu-Chek® Guide Kontrolllösung ☐ Accu-Chek® Instant Kontrolllösung	
Wichtige Information:		Der Aufdruck auf der Teststreifendose ist der Herstellerbereich (+/−15 % vom Zielwert)		**Einheit:** ☐ **mg/dl** ☐ **mmol/l**			**Analyt:** **Glucose**	**Untersuchungsmaterial:** **Kapillarblut**
Datum und Uhrzeit der Messung	**Untersucher Name und Unterschrift**	**Teststreifen** Chargen-Nr./ Lot. No.	**Kontrolllösung** Chargen-Nr./ Lot. No.	**Kontroll-proben-messwert**	**Zielwert**	**Zulässiger Bereich***	**Messwert im Toleranzbereich** (ja/nein)	**Beurteilung** (wenn Kontrollprobeneinzelwert vom Toleranz-bereich abweicht, muss der Vorgang wiederholt und dokumentiert werden)

*Maximal zulässige Abweichung des Einzelwertes vom Zielwert: ± 5 % nach Rili-BÄK 2023

Es wird bestätigt, dass die interne Qualitätssicherung den Richtlinien der Bundesärztekammer entspricht.

Verantwortlich: _____ Kontrollen i. O.: _____ Datum/Unterschrift: _____

© 0526