

# ANMELDUNG ZUM BLUT-RINGVERSUCH 2017

DES ZENTRALLABORATORIUMS DEUTSCHER APOTHEKER (ZL) ZUR QUALITÄTSSICHERUNG VON BLUTUNTERSUCHUNGEN IN DER APOTHEKE

ZENTRALLABORATORIUM DEUTSCHER APOTHEKER  
 CARL-MANNICH-STR. 20, 65760 ESCHBORN  
 Online-Anmeldung: [www.zentrallabor.com](http://www.zentrallabor.com)  
 Tel.: 06196/937-854 oder -848, Fax: 06196/937-815



Hiermit melde ich meine Apotheke für folgenden Ringversuch an.  
 Gewünschte/r Teilnehmertermin/e (bitte ankreuzen):

Ringversuche 2017 (Teilnahmezeitraum)	Anmeldeschluss	Abonnement*
<input type="checkbox"/> 1. Ringversuch 2017 (Januar)	15.01.2017	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 2. Ringversuch 2017 (April)	15.03.2017	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 3. Ringversuch 2017 (Juli)	15.06.2017	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 4. Ringversuch 2017 (Oktober)	15.09.2017	<input type="checkbox"/> ja

Geben Sie bitte in der 1. Spalte der Tabelle das Messgerät und in der 2. Spalte den/die Parameter an, die Sie bestimmen möchten (Zum Beispiel „Accutrend Plus – Cholesterin“).

Genauere Bezeichnung des Messgerätes	Blutparameter (GLC, CHOL, HDL, TG, ALT, AST, GGT, Harnsäure, Crea, Hämoglobin, HbA1c, (hs)CRP, (Mikro)albumin (Harn oder Serum))

## Teilnahmegebühren:

- Anmeldung eines Gerätes (Erstgerät) inkl. 1 Parameter **57,50 Euro zzgl. MwSt.**
- Anmeldung eines weiteren Gerätes (Zweitgerät)\* inkl. 1 Parameter **25,50 Euro zzgl. MwSt.**
- Geräte zur Bestimmung von HbA1c, hsCRP/CRP oder Mikroalbumin (Harn) **80,- Euro zzgl. MwSt.**

\*Folgende Geräte für Mehrfachbestimmungen können nicht als Zweitgerät angemeldet werden und werden ausschließlich mit 57,50 Euro zzgl. MwSt. berechnet: Cholestech® LDX, CR 3000, Glucofast® duo, Reflotron®, Samsung LabGeo PT10, SD LipidoCare®, Vario-Photometer®, Wellion® Luna duo sowie die HemoCue® Hb und Glucose 201+ Geräte.

Im Preis pro Gerät ist jeweils die Überprüfung eines Parameters enthalten. Jeder weitere Blutparameter wird bei Accutrend® GC und Plus mit 3,- Euro zzgl. MwSt., bei allen anderen mit 6,- Euro zzgl. MwSt. berechnet.

\* Der Abschluss eines Abonnements ist mit einem Rabatt von 5 Prozent verbunden. Als Abonnent nehmen Sie bis auf Widerruf regelmäßig in dem von Ihnen gewünschten Zeitraum am entsprechenden Ringversuch jedes Jahr teil.

Name der Apotheke	
Apothekenleiter/in	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Apothekerkammer	
Apothekenstempel	Datum, Unterschrift

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

Wir wünschen keinen ZL-Newsletter (Informationen zu den ZL-Ringversuchen).