

## Änderung eines Abonnements für die ZL-Ringversuche

Für folgenden ZL-Ringversuche möchten wir für unsere Apotheke einen **Wechsel des Teilnahmezeitraumes** vornehmen: *(bitte ankreuzen und ausfüllen)*

**Rezeptur-Ringversuch** **Alter** Ringversuch: **Neuer** Ringversuch:

wählbar: 1.Rez-RV; 2. Rez-RV; 3.Rez-RV  
(z.B.: **Alter** RV: 2.Rez-RV **Neuer** RV: 3.Rez-RV)

.....  
Achtung: Anmeldeschluss beachten!

**ZL-Hygienemonitoring** **Alter** **Neuer**

Teilnahmezeitraum Teilnahmezeitraum

wählbar: monatlich Februar - Mai & August - November  
(z.B.: **Alter** RV: Mai **Neuer** RV: Oktober)

.....  
Achtung: Anmeldeschluss beachten!

**Mikrobiologische Wasseruntersuchung** **Alter** Teilnahmezeitraum **Neuer**

Teilnahmezeitraum Teilnahmezeitraum

wählbar: 1. Quartal, 2. Quartal,  
3. Quartal, 4. Quartal

.....  
Achtung: Anmeldeschluss beachten!

**Blut-Ringversuch** **Alter** Teilnahmezeitraum **Neuer**

1. Blut-RV  2. Blut-RV Teilnahmezeitraum

3. Blut-RV  4. Blut-RV

(z.B.: **Alter** RV: 1.Blut-RV (1.Quartal)  
**Neuer** RV: 3.Blut-RV (3.Quartal)

.....  
Achtung: Anmeldeschluss beachten!

Neuanmeldung Messgerät		Abmeldung Messgerät	
exakte Bezeichnung des <b>neuen</b> Gerätes	<b>anzumeldende Parameter</b> (folgende sind wählbar: GLC, CHOL, HDL, TG, AST, ALT, GGT, Harnsäure, Hb, HbA1c, CRP/hsCRP, Creatinin, Mikroalbumin)	exakte Bezeichnung des <b>alten</b> Gerätes	<b>abzumeldende Parameter</b> (GLC, CHOL, HDL, TG, AST, ALT, GGT, Harnsäure, Hb, HbA1c, CRP/hsCRP, Creatinin, Mikroalbumin)

Name der Apotheke		Apothekenleiter/in	
Apothekerkammer			
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.

**Rückmeldungen bitte per Fax an: 06196/937-815**