

ANMELDUNG ZUM BLUT-RINGVERSUCH 2019

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
Tel.: 06196/937-550, Fax: 06196/937-815



Hiermit melde ich meine Apotheke für folgenden Ringversuch an.

Gewünschte/r Teilnahmetermine (bitte ankreuzen):

Ringversuche 2019 (Teilnahmezeitraum)	Anmeldeschluss	Abonnement*
<input type="checkbox"/> 1. Ringversuch 2019 (Januar)	15.01.2019	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 2. Ringversuch 2019 (April)	15.03.2019	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 3. Ringversuch 2019 (Juli)	15.06.2019	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> 4. Ringversuch 2019 (Oktober)	15.09.2019	<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, Glucofast® duo, Reflotron®, Samsung LabGeo PT10, SD LipidoCare®, Wellion® Galileo und 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 3,50 Euro zzgl. MwSt., bei allen anderen mit 6,50 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 den ZL-Newsletter (Informationen zu den ZL-Ringversuchen und ZL-News). Sie können die Newsletter-Einstellung für Ihre Apotheke jederzeit über Ihren Online-Benutzeraccount ändern.