



---

# **DAR-4/5-INF-11**

---

## **Interne Audits für Laboratorien und Inspektionsstellen**

## Vorwort

Der DAR-Ausschuss für technische Fragen (DAR-ATF) empfiehlt dieses Dokument als Anleitung für Laboratorien und Inspektionsstellen zur Implementierung von Verfahren bzw. Programmen für interne Audits. Es soll bei der Umsetzung der Forderungen der DIN EN ISO/IEC 17025:2005 bzw. DIN EN ISO/IEC 17020:2004 unterstützen und basiert auf dem APLAC-Dokument TC 002 „Interne Audits für Laboratorien und Inspektionsstellen“. Die Empfehlungen wurden sprachlich und inhaltlich so angepasst, dass sie im Einklang mit der DIN EN ISO/IEC 17025:2005 bzw. DIN EN ISO/IEC 17020:2004 stehen und stellen keine wortgetreue Übersetzung des Ausgangsdokumentes dar. Das Vorgängerdokument DAR-4-INF-03 ist obsolet und wird mit dem Erscheinen dieser Anleitung zurückgezogen.

# INTERNE AUDITS FÜR LABORATORIEN UND INSPEKTIONSSTELLEN

## VERFASSER

Das diesem DAR-Dokument zugrunde liegende APLAC-Dokument wurde vom APLAC Technical Committee erstellt. Es wurde von der DAR-Geschäftsstelle übersetzt und darüber hinaus wurde eine Anpassung durch den DAR-ATF vorgenommen.

## COPYRIGHT

Das Copyright für dieses Dokument besitzt APLAC. APLAC-Publikationen dürfen zum Zwecke des Verkaufs nicht vervielfältigt werden, weder durch Einzelpersonen noch durch Stellen, mit Ausnahme von Mitgliedsorganisationen von APLAC.

## WEITERE INFORMATIONEN

Zu weiteren Informationen zu diesem Dokument wenden Sie sich bitte an das APLAC-Sekretariat mit Sitz bei:

NATA  
71-73 Flemington Road  
North Melbourne VIC 3051  
Australia  
Tel: +61 3 9329 1633  
Fax: +61 3 9326 5148  
Email: [aplac@nata.asn.au](mailto:aplac@nata.asn.au)  
Website: [www.aplac.org](http://www.aplac.org)

**INHALTSVERZEICHNIS**

	<b>Seite</b>
Vorwort .....	2
1. Einführung .....	5
2. Terminologie .....	5
3. Ziele interner Audits.....	6
4. Organisation interner Audits .....	6
5. Planung interner Audits .....	7
6. Durchführung interner Audits .....	8
7. Nachfolgende Korrekturmaßnahmen und Abschluss .....	9
8. Dokumentationen (Aufzeichnungen und Berichte) zu internen Audits .....	10
9. Literaturnachweise .....	11
Anhang A Beispiel eines Auditprogramms .....	12

## 1 EINFÜHRUNG

- 1.1 In der DIN EN ISO/IEC 17025:2005 *Allgemeine Anforderungen an die Kompetenz von Prüf- und Kalibrierlaboratorien* ist festgelegt, dass ein Laboratorium ein Managementsystem einführen, umsetzen und aufrechterhalten muss, das seinem Tätigkeitsbereich einschließlich der Art, des Umfangs und der Menge an Prüf- und Kalibriertätigkeiten, die es ausführt, angemessen ist. In der DIN EN ISO/IEC 17020:2004 ist eine ähnliche Forderung an Inspektionsstellen enthalten.
- 1.2 Die ISO/IEC 17025 und entsprechend die ISO/IEC 17020 fordern, dass ein Laboratorium bzw. eine Inspektionsstelle periodisch und in Übereinstimmung mit einem zuvor festgelegten Plan und Verfahren interne Audits seiner/ihrer Tätigkeiten durchführt, um zu überprüfen, dass seine/ihre Arbeitsabläufe weiterhin den Anforderungen des Managementsystems und der relevanten Norm entsprechen.
- 1.3 Diese Publikation ist eine Anleitung für Laboratorien und Inspektionsstellen zur Erstellung eines Programms für interne Audits. Es wird vorausgesetzt, dass die Organisationen ein Managementsystem eingeführt haben, das den Anforderungen der ISO/IEC 17025 bzw. der ISO/IEC 17020, je nachdem, welche anwendbar ist, entspricht.
- 1.4 Die in dieser Publikation festgelegten Anleitungen sind allgemeiner Natur. Die eigentliche Durchführung eines internen Audits hängt von der Größe, dem Umfang und der Organisationsstruktur ab. Viele der in dieser Publikation beschriebenen Elemente können vereinfacht ausgeführt werden.
- 1.5 Weitere Informationen zur Auditdurchführung sind in ISO 19011: 2002 verfügbar.

## 2 TERMINOLOGIE

- 2.1 **Managementsystem** System zum Festlegen von Politik und Zielen sowie zum Erreichen dieser Ziele (ISO 9000:2005).
- 2.2 **Qualitätsmanagementsystem** Managementsystem zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich der Qualität (ISO 9000:2005).
- 2.3 **Qualitätsmanagement** Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität (ISO 9000:2005).
- 2.4 **Qualitätssicherung** Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass die Qualitätsanforderungen erfüllt werden (ISO 9000).
- 2.5 **Qualitätsmanagement-Beauftragter** Mitarbeiter (mit welchem Titel auch immer), der, unabhängig von anderen Aufgaben und Verantwortlichkeiten, die festgelegte Verantwortung und Befugnis dafür hat sicherzustellen, dass das (Qualitäts-) Managementsystem des Laboratoriums / der Inspektionsstelle umgesetzt und jederzeit befolgt wird und der in dieser Funktion direkten Zugang zur obersten Leitungsebene, auf der Entscheidungen über Grundsätze und Mittel des Labors bzw. der Inspektionsstelle getroffen werden, haben muss. (in Anlehnung an ISO/IEC 17025)
- 2.6 **Management-Bewertung** Tätigkeit zur regelmäßigen und systematischen Ermittlung der Eignung, Angemessenheit, Leistungsfähigkeit und der Effizienz des Qualitätsmanagementsystems durch die oberste Leitung im Hinblick auf Qualitätspolitik und Qualitätsziele (Anlehnung an ISO 9000:2005).
- 2.7 **Audit** Systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditnachweisen und zu deren objektiven Auswertung, um zu ermitteln, inwieweit Auditkriterien erfüllt sind (ISO 9000:2005).

Anmerkung: In dieser Publikation wird der Begriff "internes Audit" verwendet, um zu betonen, dass das Audit durch die Organisation selbst durchgeführt wird.

2.8 **Auditor** Person mit den dargelegten persönlichen Eigenschaften und der Kompetenz, ein Audit durchzuführen (ISO 9000:2005).

2.9 **Auditfeststellungen** Ergebnisse der Beurteilung der zusammengestellten Auditnachweise bezüglich der Auditkriterien (ISO 9000:2005).

Anmerkung: Auditfeststellungen können entweder Konformität oder Nichtkonformität mit Auditkriterien sowie Möglichkeiten zur Verbesserung angeben.

2.10 **Auditnachweis** Aufzeichnungen, Tatsachenfeststellungen oder andere Informationen, die für die Auditkriterien relevant und verifizierbar sind (ISO 9000:2005)

2.11 **Nichtkonformität** Nichterfüllung einer Anforderung (in Anlehnung an ISO 9000:2005).

### 3 ZIELE INTERNER AUDITS

3.1 Das Laboratorium bzw. die Inspektionsstelle muss interne Audits ihrer Tätigkeiten durchführen um zu überprüfen, dass ihre Arbeitsabläufe weiterhin den Anforderungen ihres Managementsystems entsprechen.

3.2 Anhand der Audits wird überprüft, ob das Managementsystem die Anforderungen der ISO/IEC 17025 bzw. der ISO/IEC 17020, je nachdem, welche Norm zur Anwendung kommt, bzw. andere relevante Kriteriendokumente erfüllt, d.h. dass Konformität gegeben ist.

3.3 Ferner wird durch die Audits überprüft, ob die im Qualitätsmanagement-Handbuch der Organisation sowie in zugehörigen Dokumenten dargelegten Anforderungen auf allen Arbeitsebenen angewandt werden oder nicht.

3.4 Die in internen Audits festgestellten Nichtkonformitäten liefern wertvolle Informationen zur Verbesserung des Managementsystems der Organisation und müssen somit als Input für Management-Bewertungen verwendet werden.

### 4 ORGANISATION INTERNER AUDITS

4.1 Die internen Audits sollten jährlich gemäß einem dokumentierten Verfahren durchgeführt werden.

4.2 Interne Audits sollten so organisiert werden, dass jedes Element des Qualitätsmanagementsystems wenigstens einmal pro Jahr geprüft wird. In großen Laboratorien oder Inspektionsstellen kann es von Vorteil sein, einen Plan zu erstellen, wobei verschiedene Elemente des Managementsystems bzw. verschiedene Abteilungen der Organisation im Laufe eines Jahres einzeln auditiert werden.

4.3 Der Qualitätsmanagement-Beauftragte ist normalerweise derjenige, der das Auditprogramm führt und kann auch der leitende Auditor sein.

4.4 Der Qualitätsmanagement-Beauftragte ist verantwortlich dafür, dass die Audits im Einklang mit dem aufgestellten Plan durchgeführt werden.

4.5 Die Audits müssen durch qualifiziertes Personal durchgeführt werden, das über ausreichendes Fachwissen zu den Arbeitsabläufen, die es auditiert, verfügt. Es muss ferner besonders in Auditverfahren und -prozessen geschult sein. Dies muss in Aufzeichnungen dokumentiert sein.

4.6 Der Qualitätsmanagement-Beauftragte kann den Auftrag zur Durchführung von Audits delegieren, vorausgesetzt dass diese Person mit dem Managementsystem der

- Organisation und mit den Akkreditierungsanforderungen vertraut ist sowie die in 4.5 gestellten Anforderungen erfüllt.
- 4.7 In großen Organisationen, die Kalibrierungen und/oder Prüfungen und/oder Inspektionen in umfangreichen technischen Disziplinen durchführen, kann es erforderlich sein, dass die Audits durch ein Auditteam unter der Leitung des Qualitätsmanagement-Beauftragten durchgeführt werden müssen.
- 4.8 In kleinen Organisationen können Audits vom Qualitätsmanagement-Beauftragten allein durchgeführt werden. Die Leitung sollte jedoch sicherstellen, dass einer weiteren Person die Aufgabe erteilt wird, die Tätigkeiten des Qualitätsmanagement-Beauftragten zu auditieren, um sicherzustellen, dass die Qualitätsaufgabe zufriedenstellend gelöst wird.
- 4.9 Wo immer die Ressourcen es erlauben, muss der Auditor unabhängig von der zu auditierenden Tätigkeit sein. Das Personal darf seine eigenen Tätigkeiten bzw. Tätigkeiten, die unter seiner direkten Verantwortung stehen, nicht auditieren, es sei denn, es steht keine Alternative zur Verfügung und es kann nachgewiesen werden, dass ein wirksames Audit durchgeführt werden kann. Laboratorien und Inspektionsstellen sollten besonderes Augenmerk auf diese Überprüfung der Wirksamkeit eines internen Audits legen, wenn dieses durch Personal durchgeführt wurde, welches nicht unabhängig von den auditierten Tätigkeiten ist.
- 4.10 Wenn eine Organisation für Kalibrierung und/oder Prüfung und/oder Inspektion am Standort des Auftraggebers oder für Probenahme im Gelände akkreditiert ist, so müssen diese Tätigkeiten in das Auditprogramm mit einbezogen werden.
- 4.11 Audits, die durch andere Parteien, wie z.B. Kunden oder eine Akkreditierungsstelle, durchgeführt werden, dürfen nicht als Ersatz für interne Audits betrachtet werden.

## 5 PLANUNG INTERNER AUDITS

- 5.1 Ein Auditplan einschließlich Auditbereich, Auditkriterien, Audit-Zeitplan, Bezugsdokumente (wie z. B. das Qualitätsmanagement-Handbuch der Organisation und Auditverfahren) sowie die Namen der Mitglieder des Auditteams sollten durch den Qualitätsmanagement-Beauftragten erstellt werden.
- 5.2 Jedem Auditor sollten bestimmte zu auditierende Elemente des Managementsystems bzw. funktionaler Fachbereiche zugewiesen werden. Diese Zuweisungen sollten durch den leitenden Auditor im Einvernehmen mit den betreffenden Auditoren erfolgen. Beauftragte Auditoren müssen über Fachwissen zu den Fachbereichen verfügen, die sie zu auditieren haben.
- 5.3 Arbeitsdokumente, die erforderlich sind, um die Untersuchungen des Auditors zu erleichtern sowie die Ergebnisse zu dokumentieren und darüber zu berichten, können beinhalten:
- Kriteriendokumente, wie z.B. ISO/IEC 17025 oder ISO/IEC 17020 und weitere ergänzende Dokumente
  - Handbücher und Dokumente des Laboratoriums bzw. der Inspektionsstelle
  - Checklisten, die verwendet werden, um die Elemente des Qualitätsmanagementsystems zu bewerten (gewöhnlich erstellt durch den Auditor, der beauftragt ist, dieses spezielle Element zu auditieren)
  - Formulare zur Berichterstellung von Auditfeststellungen, wie z.B. Formulare zur "Nichtkonformität" oder zum "Auferlegen von Korrekturmaßnahmen". Diese erlauben es, die Art der "Nichtkonformität", die vereinbarte Korrekturmaßnahme und

letztendlich die Bestätigung, dass die Maßnahme wirksam durchgeführt wurde, aufzuzeichnen.

- 5.4 Von jedem Auditor sollte zusammen mit der zu auditierenden Organisation ein Audit-Zeitplan erstellt werden, um einen reibungslosen und systematischen Ablauf des Audits zu gewährleisten.
- 5.5 Vor dem Audit sollte eine Überprüfung der Dokumente, Handbücher, früherer Auditberichte und –aufzeichnungen erfolgen, um die Übereinstimmung mit den Anforderungen an das Managementsystem zu überprüfen und eine Checkliste mit zu auditierenden Schlüsselfragen zu erstellen.

## 6 DURCHFÜHRUNG INTERNER AUDITS

- 6.1 Die Schlüsselschritte eines Audits sind die Planung, Untersuchung, Analyse, Berichterstellung, Korrekturmaßnahmen und der Abschluss.
- 6.2 Im Einführungsgespräch sollte das Auditteam vorgestellt, die Auditkriterien bestätigt, der Auditbereich überprüft, das Auditverfahren erläutert, relevante Einzelheiten geklärt sowie der Zeitplan einschließlich der Zeitpunkt des Abschlussgesprächs sowie dessen Teilnehmer bestätigt werden.
- 6.3 Der Untersuchungsvorgang zum Sammeln objektiver Nachweise beinhaltet das Stellen von Fragen, die Beobachtung von Tätigkeiten, das Untersuchen von Einrichtungen sowie das Überprüfen von Dokumenten und Aufzeichnungen. Der Auditor prüft die Konformität der Tätigkeiten mit dem Managementsystem.
- 6.4 Der Auditor vergleicht die Dokumente des Qualitätsmanagementsystems (Qualitätsmanagement-Handbuch, Verfahrensanweisungen, Prüfverfahren, Arbeitsanweisungen usw.) mit ihrer Realisierung, also mit dem, was nach Maßgabe der Dokumente des Qualitätsmanagementsystems umgesetzt werden sollte.
- 6.5 Zu jeder Zeit während des Audits sucht der Auditor nach objektiven Nachweisen, dass die Forderungen des Qualitätsmanagementsystems erfüllt sind. Die Nachweise sollten so effizient und wirksam wie möglich sowie ohne Vorurteile und ohne Verunsicherung der Auditierten gesammelt werden.
- 6.6 Nichtkonformitäten müssen vermerkt und durch den Auditor weiter untersucht werden, um deren zugrunde liegenden Probleme zu identifizieren.
- 6.7 Alle Auditfeststellungen müssen aufgezeichnet werden.
- 6.8 Nachdem alle Tätigkeiten auditiert wurden, sollte das Auditteam alle Feststellungen dahingehend sorgfältig überprüfen und analysieren, um zu ermitteln, welche als Nichtkonformitäten im Bericht auszuweisen sind und welche als Empfehlungen zur Verbesserung aufgenommen werden können.
- 6.9 Das Auditteam sollte einen klaren, übersichtlichen Bericht der Nichtkonformitäten und Empfehlungen zur Verbesserung erstellen, gestützt von objektiven Auditnachweisen.
- 6.10 Nichtkonformitäten sollten identifiziert werden mit Hinblick auf die speziellen Anforderungen des Qualitätsmanagement-Handbuchs der Organisation sowie der zugehörigen Dokumente, nach denen das Audit durchgeführt wurde.
- 6.11 Das Auditteam sollte ein Abschlussgespräch mit der obersten Leitung der Organisation sowie mit denjenigen führen, die für die auditierten Aufgaben verantwortlich sind. Das wesentliche Ziel dieses Gesprächs ist es, Auditfeststellungen aufzuzeigen und so gegenüber der obersten Leitung zu berichten, dass gewährleistet ist, dass diese die Ergebnisse des Audits eindeutig verstehen.

- 6.12 Der leitende Auditor sollte die Beobachtungen unter Berücksichtigung ihrer erkannten Bedeutung aufzeigen. Sowohl positive als auch negative Aspekte der Beobachtungen sollten dargestellt werden.
- 6.13 Der leitende Auditor sollte die Schlussfolgerungen des Auditteams bezüglich der Konformität mit den Auditkriterien und der Konformität der Arbeitsabläufe mit dem Managementsystem darlegen.
- 6.14 Nichtkonformitäten, die während eines Audits identifiziert wurden, müssen vermerkt und die entsprechenden Korrekturmaßnahmen und der mit der auditierten Organisation vereinbarte Zeitrahmen für die Korrektur festgehalten werden.
- 6.15 Aufzeichnungen zum Abschlussgespräch sollten aufbewahrt werden.

## **7 NACHFOLGENDE KORREKTURMASSNAHMEN UND ABSCHLUSS**

- 7.1 Die Umsetzung der vereinbarten Korrekturmaßnahmen liegt in der Verantwortung der auditierten Organisation.
- 7.2 Immer wenn eine Nichtkonformität aufgedeckt wird, die das Ergebnis einer Kalibrierung, Prüfung oder Inspektion negativ beeinflussen könnte, muss die entsprechende Tätigkeit solange unterbrochen werden, bis die entsprechende Korrekturmaßnahme getroffen und sie sich als wirksam erwiesen hat. Zusätzlich müssen Ergebnisse, die durch die Nichtkonformität beeinträchtigt worden sein können, untersucht und die betroffenen Kunden informiert werden, falls die Gültigkeit der entsprechenden Kalibrier-, Prüf- und/oder Inspektionsscheine/-zertifikate/-berichte zweifelhaft ist.
- 7.3 Es kann erforderlich sein, formelle Verfahren für Korrekturmaßnahmen anzuwenden, um die Ursachen einiger Probleme offen zu legen und wirksame Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen umzusetzen.
- 7.4 Der Auditor sollte die Wirksamkeit der Korrekturmaßnahmen möglichst bald nach Ablauf des vereinbarten Termins überprüfen. Der Qualitätsmanagement-Beauftragte muss die letztendliche Verantwortung zur Bestätigung der Abstellung der Nichtkonformitäten durch die auditierte Organisation tragen und diese dann abschließen.

## 8 AUFZEICHNUNGEN UND BERICHTE ZU INTERNEN AUDITS

- 8.1 Ein abschließender Auditbericht muss auch dann aufbewahrt werden, wenn keine Nichtkonformitäten gefunden wurden.
- 8.2 Jede der identifizierten Nichtkonformitäten muss aufgezeichnet werden unter genauer Beschreibung ihrer Art, ihrer möglichen Ursache(n), der erforderlichen Korrekturmaßnahme(n) und des entsprechenden Zeitrahmens zu ihrer Beseitigung.
- 8.3 Im Anschluss an den Abschluss des Audits muss ein Abschlussbericht angefertigt werden, der das Ergebnis des Audits zusammenfasst und die folgenden Informationen enthält:
- (a) den/die Name(n) des Auditors/der Auditoren;
  - (b) das Datum des Audits;
  - (c) die auditierten Bereiche;
  - (d) Einzelheiten zu allen geprüften Bereichen;
  - (e) die positiven oder guten Aspekte der Arbeitsabläufe;
  - (f) jede identifizierte Nichtkonformität, versehen mit Verweisen auf relevante Dokumente;
  - (g) alle Empfehlungen zur Verbesserung;
  - (h) abgestimmte Korrekturmaßnahmen, den vereinbarten Zeitrahmen zur Fertigstellung sowie die verantwortliche Person zur Durchführung der Maßnahme;
  - (i) getroffene Korrekturmaßnahmen;
  - (j) das Datum der Bestätigung der Fertigstellung der Korrekturmaßnahme;
  - (k) die Unterschrift des Qualitätsmanagement-Beauftragten zur Bestätigung des Abschlusses der Korrekturmaßnahmen.
- 8.4 Alle Aufzeichnungen zum Audit müssen für einen vereinbarten Zeitraum aufbewahrt werden.
- 8.5 Der Qualitätsmanagement-Beauftragte muss sicherstellen, dass der Auditbericht und ggf. einzelne Nichtkonformitäten der obersten Leitung der Organisation bekannt gemacht werden.
- 8.6 Sofern die Ergebnisse der internen Audits und der Korrekturmaßnahmen Trends erkennen lassen, müssen diese vom Qualitätsmanagement-Beauftragten ausgewertet und der obersten Leitung für die nächste Management-Bewertung berichtet werden.
- 8.7 Zweck solcher Bewertungen ist es, die fortdauernde Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems als Ganzes zu ermitteln, wozu die Audits und die Korrekturmaßnahmen erheblich beitragen.

## 9 LITERTURNACHWEIS

IAF/ILAC A4: 2004, Anleitung zur Anwendung der ISO/IEC 17020

DIN EN ISO/IEC 17020: 2004, Allgemeine Kriterien für den Betrieb verschiedener Typen von Stellen, die Inspektionen durchführen

DIN EN ISO/IEC 17025: 2005, Allgemeine Anforderungen an die Kompetenz von Prüf- und Kalibrierlaboratorien

ISO 19011: 2002, Leitfaden für Audits von Qualitätsmanagement- und/oder Umweltmanagementsystemen

ISO 9000: 2005 Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe

# Anhang A

## Beispiel eines Auditprogramms

Caltest Laboratories Ltd - PRÜFLABORATORIUM													
AUDITPROGRAMM FÜR 200_													
Zu auditierende Aspekte	ISO/IEC 17025:2005 Bezug	Jan	Feb	Mär	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
Organisation	4.1			<input checked="" type="checkbox"/> 14/3 JMB		<input type="checkbox"/> CHECK				<input type="checkbox"/>			
Managementsystem	4.2												
Dokumentation	4.3												
Prüfung von Anfragen	4.4												
Unterauftragsvergabe	4.5, 5.10.6				<input type="checkbox"/> 10/4 JMB							<input type="checkbox"/>	
Beschaffung	4.6												
Dienstleistung für Kunden	4.7												
Beschwerden, Lenkung fehlerhafter Arbeiten	4.8, 4.9							<input type="checkbox"/>					
Korrekturmaßnahmen	4.11												
Verbesserung, vorbeugende Maßnahmen	4.10, 4.12												
Interne Audits und Managementbewertung	4.14, 4.15												
Aufzeichnungen	4.13	<input type="checkbox"/> 16/1 JMB									<input type="checkbox"/>		
Mitarbeiter u. Schulung	5.2						<input type="checkbox"/>						
Prüf-/Meßeinrichtg.	5.3, 5.5					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
Prüfverfahren	5.4	<input type="checkbox"/> 15/1 JMB				<input type="checkbox"/> 11/4 CHECK JMB	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
Mess-technische Rückführung	5.6				<input type="checkbox"/> 10/4 JMB						<input type="checkbox"/>		
Probenahme	5.7		<input type="checkbox"/> 14/2 JMB										
Handhabung d. Proben	5.8		<input checked="" type="checkbox"/> 14/2 JMB		<input type="checkbox"/> 11/4 CHECK JMB								
Qualitätssicherung von Ergebnissen	5.9												
Prüfberichte	5.10						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>

**Anmerkungen:**

- A Das angegebene Programm ist bis 30. April aufgestellt.  
 B Dieser Anhang ist ein Beispiel, das vom Laboratorium hinsichtlich der eigenen Bedürfnisse und Organisation geprüft und modifiziert werden muss (siehe Abschnitt 4).  
 C Eine mögliche Herangehensweise an die Pflege der Aufzeichnungen über Fortschritte beim Auditprogramm ist es, die Kästchen im Hinblick auf jeden Aspekt, der in diesem Anhang aufgeführt wird, folgendermaßen zu markieren:



verweist auf Audit, das in dem Monat fällig ist, der im Auditprogramm angegeben ist



verweist auf Audit, das von J M Brown durchgeführt und mit einigen aufgezeichneten Nicht-Konformitäten abgeschlossen wurde



verweist auf Audit, das von J M Brown durchgeführt und am 10. April mit einigen Nicht-Konformitäten abgeschlossen wurde



verweist auf ein zusätzliches Überprüfungsaudit, das erforderlich wurde, um sicherzustellen, dass alle aufgezeichneten Nichtkonformitäten während des Audit abgestellt wurden



Überprüfungsaudit, mit allen Korrekturen, durch J M Brown am 11. April abgeschlossen