

Kinderwunsch Centrum München
Lortzingstraße 26

81241 München

Fax: 089/244144-41

Datum:

Befundmitteilung

Name:

Geb.Datum:

Zyklustag:

Follikel: (Anzahl und Durchmesser in mm)

Rechts:

Links:

Endometrium:

Blutwerte: