

Kinderwunsch Centrum München
Lortzingstraße 26

81241 München

Per Fax: 089/244144-41

Datum:

Befundmitteilung

Name der Patientin:

Geburtsdatum:

Zyklustag:

Ultraschalluntersuchung:

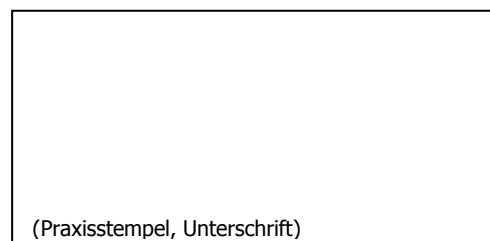
Follikel (Anzahl und Durchmesser in mm):

Rechts:

Links:

Endometrium:

Blutwerte:



(Praxisstempel, Unterschrift)