

Kinderwunsch Centrum München MVZ  
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:

E2: .....

LH: .....

FSH: .....

Prog.: .....

(Praxisstempel, Unterschrift)