



Patient: _____

(Name, Vorname, Geb.Datum)

Ultraschall vom: _____

Endometrium: _____ mm **Hormonwerte vom:** _____

Bitte geben Sie die Anzahl und Größe der Follikel an:

mm	Ovar rechts Anzahl	Ovar links Anzahl
10 - 11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		

zu bestimmen	Ergebnis
Estradiol pg/ml	
LH MIU/ml	

Bemerkungen: _____

Untersuchender Arzt: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Das weitere Vorgehen wird mit der Patientin am gleichen Tag von 12:30 – 14:00 Uhr unter der Tel. Nr.: 0621-592 986 88 besprochen.