

www.mind-enrichment.com

morgens: Mo – Do per FAX und Telefon ab 8:00-20:00 Uhr
nachmittags: Fr per FAX und Telefon ab 8:00-18:00 Uhr

Antwort-FAX : 069-20 43 44 229

KINDERWUNSCH
ENDOMETRIOSE
ZENTRUM

Year

Praxisstempel:

Name der Patientin:
Geburtsdatum:

Habite Alceu
27-06-1980

Ultraschall im Rahmen des Zyklusmonitorings bei

Rückruf/Antwort erforderlich: telefonisch / per FAX

- telefonisch / per FAX
 - Patientin wartet bei mir auf sofortigen Rückruf / Antwort-Fax
 - bei Patientin Handy-Nr. _____

Datum: 15.10.2025

Zyklustag: 17.25

Endometriumhöhe: 6,4 mm

Follikelmessung (bitte Werte eintragen)

Rückantwort / weiteres Prozedere (Antwort Praxis Dr. Manopoulos):

Rückantwort / weiteres Prozedere (Antwort Praxis Dr. Manolopoulos):
Cyclo Progynova start 28.09.2025
Take 18 tablets. left is 4 tablets.

Rückruf/Rückfax erledigt: _____ Unterschrift/Kürzel _____



