

Wir sind erreichbar

morgens:
nachmittags:

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

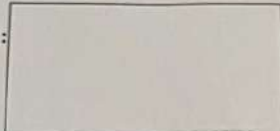
Antwort-FAX : 069-20 43 44 229



An Praxis
Dr. med. K. Manolopoulos
Kinderwunschzentrum am Büsing Park
Offenbach

Von:

Praxisstempel:



Name der Patientin:
Geburtsdatum:

Habte Alex
27.06.1980

Ultraschall im Rahmen des Zyklusmonitorings bei

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

Datum:

15.10.2025

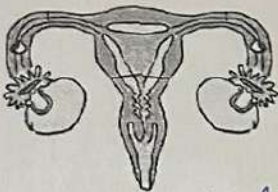
Zyklustag:

17.25

Endometriumhöhe:

6,4 mm

Follikelmessung (bitte Werte eintragen)

Ovar rechts			Ovar links	
Anzahl	mal Größe in mm:		Anzahl	mal Größe in mm:
—	x —	—	x —	
kein	AFC	kein	AFC	
—	x —	—	x —	
—	x —	—	x —	
—	x —	—	x —	
—	x —	—	x —	
—	x —	—	x —	

uterus ante flex
uterus 62x29x45mm
kein Myom (fibroid)

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

Cyclo Progynova start 29.09.2025
72c 18 tablets. left is 4 tablets.

Rückruf/Rückfax erledigt: _____

Unterschrift/Kürzel



