

Datum: _____ (_____ . dan menstruacijskog ciklusa)

Maternica: _____

Desni jajnik: _____

Lijevi jajnik: _____

Zaključak: _____

Kontrolni pregled kroz: _____

Liječnik: _____

br. 48



KLINIKA ZA GINEKOLOGIJU I PORODNIŠTVO
MEDICINSKOG FAKULTETA SVEUČILIŠTA U ZAGREBU
KLINIČKA BOLNICA "SVETI DUH"

DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
MEDICAL SCHOOL UNIVERSITY OF ZAGREB

Tel.: 37 12 247



GINEKOLOŠKI ULTRAZVUČNI PREGLED

Ime i prezime: _____

Zanimanje, kvalifikacija: _____

Datum rođenja, mjesto, općina: _____

Adresa: _____ Broj poroda: _____

Telefon: _____ Broj pobačaja: art: _____

Dijagnoza: _____ spont.: _____

Datum: _____ (_____ . dan m.c.) med. indiciran: _____

Datum: _____ (_____ . dan menstruacijskog ciklusa)

Maternica: _____

Desni jajnik: _____

Lijevi jajnik: _____

Zaključak: _____

Kontrolni pregled kroz: _____

Liječnik: _____

Datum: _____ (_____ . dan menstruacijskog ciklusa)

Maternica: _____

Desni jajnik: _____

Lijevi jajnik: _____

Zaključak: _____

Kontrolni pregled kroz: _____

Liječnik: _____