



Institut für Kinderwunsch

Улица Лаинцер 6, А-1130 Вена

Тел.: +43/1/8777775

Факс: +43/1/8777775-34

Дата :

Заявка на цитогенетическое обследование хромосом из ворсинок хориона или материала плаценты.

Ф.И.О. _____

Дата рождения: _____

Адрес: _____

Тел.: _____

ПОКАЗАНИЕ : _____

Неделя беременности: _____

Предыдущая беременность: _____

Дети: _____

Аборты (неделя беременности): _____

Лечащий врач: _____

Адрес: _____

Тел.: _____ Факс: _____

Дата осмотра: _____