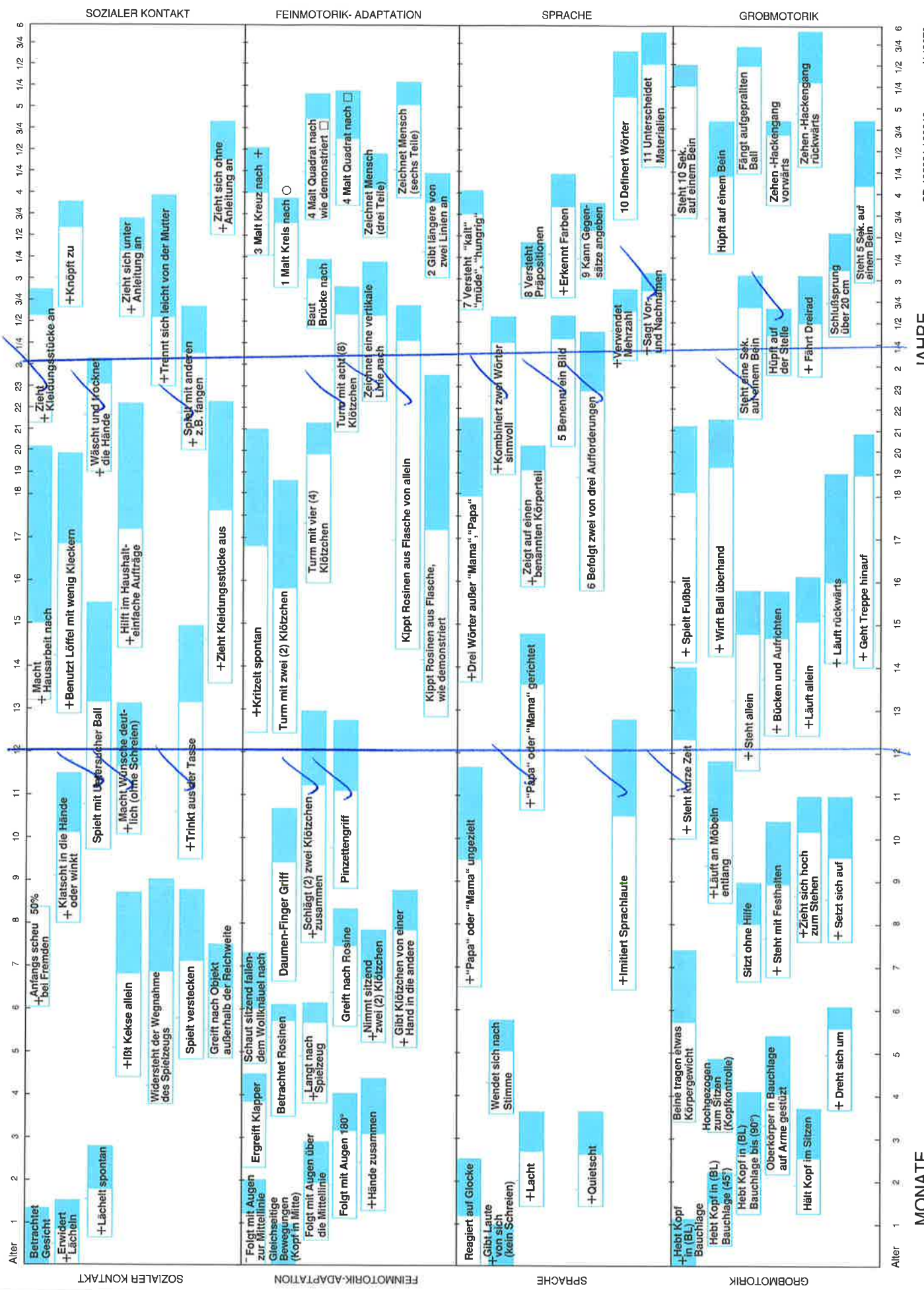


Testanweisung beachten. Im Zweifelsfall bitte erneut informieren.

PATIENT 1



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Untersuchung: _____

Report Form 2 (Siehe Rückseite)

90% 75% 50% 25%