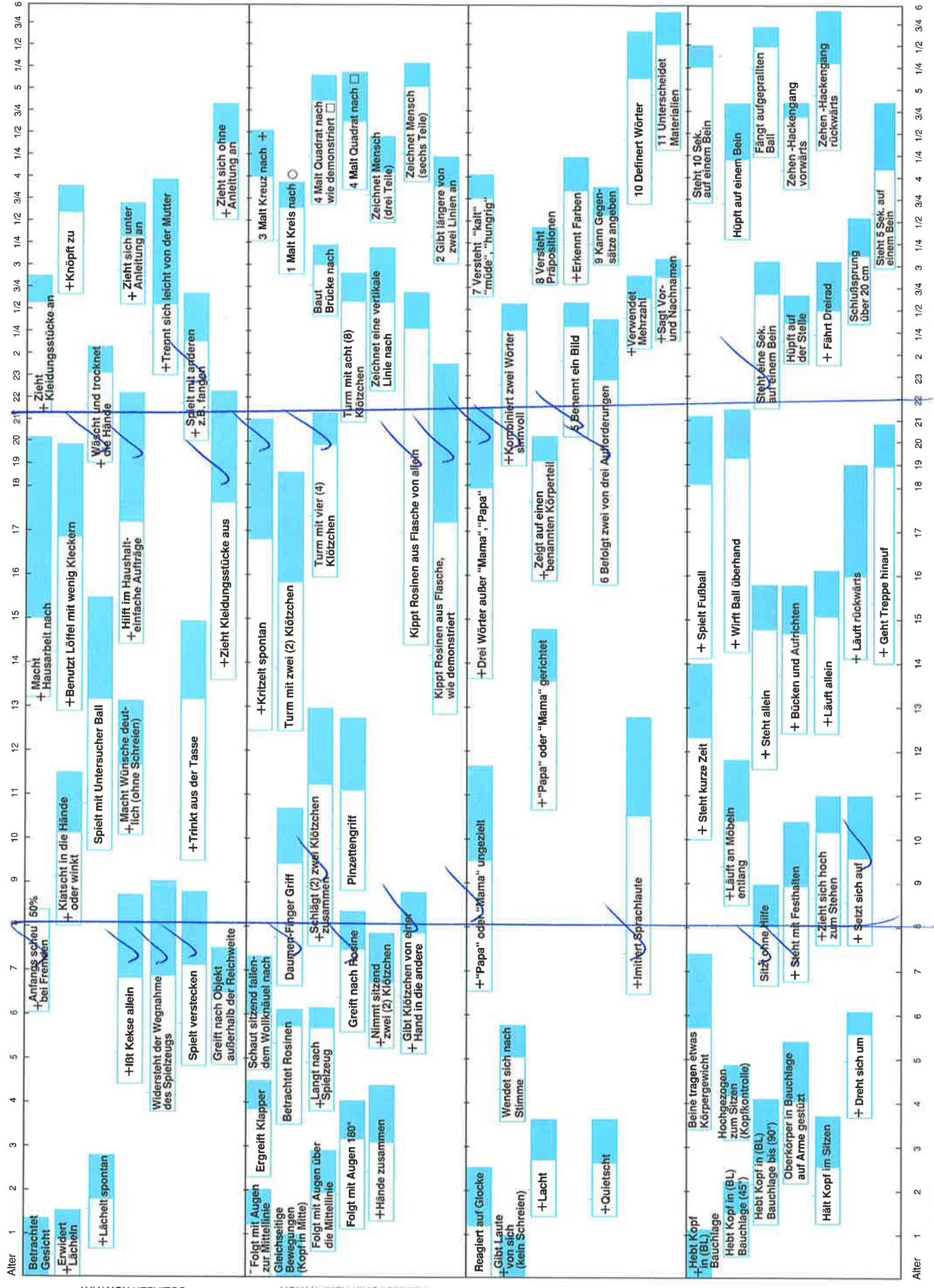


Testanweisung beachten. Im Zweifelsfall bitte erneut informieren.

PATIEN 2

JAHRE

MONATE



Datum der Untersuchung:

Geburtsdatum:

Name:

(Siehe Rückseite)



DENVER-ENTWICKLUNGSSKALEN