

ÜBERWEISUNG

Name des Tierhalters:

Telefonnummer:

Name des Tieres: Rasse:

Alter: Geschlecht: kastriert, ja nein

Vorbefunde / Vorbericht:

.....
.....
.....
.....
.....

Der Patient wird überwiesen zur/ zum:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Operation | <input type="checkbox"/> Röntgen |
| <input type="checkbox"/> stationären Aufnahme | <input type="checkbox"/> Computertomographie |
| <input type="checkbox"/> weiterführenden Diagnostik | <input type="checkbox"/> Magnetresonanztomographie |
| <input type="checkbox"/> weiterführenden Behandlung | <input type="checkbox"/> Ultraschall |
| <input type="checkbox"/> Zahnbehandlung | <input type="checkbox"/> Endoskopie |

....., den

Stempel und Unterschrift des Tierarztes