

Überweisungsformular



Überweisung an	Haustierarzt
Tierärztliches Zentrum für Diagnostik Dr. H. Klein & Dr. U. Wölk & Chr. Müller Jürgensgaarder Str. 12, 24943 Flensburg Tel: 0461-22822 Fax:0461-180729 email: info@tieraerztliches-zentrum.de www.tieraerztliches-zentrum.de	

Patientenbesitzer
Name: _____
Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____
Telefon: _____

<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Katze	<input type="checkbox"/> Vogel	<input type="checkbox"/> andere: _____
Rasse: _____	Besonderheiten: _____		
Name: _____	_____		
Alter: _____	_____		
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w kastriert <input type="checkbox"/>	_____		
Gewicht: _____	_____		

Grund der Überweisung, gewünschte Behandlungen

Vorbericht
Anamnese: _____

Befunde: _____

Diagnosen: _____

Therapie: _____

Bitte teilen Sie dem Patientenbesitzer mit, dass die Behandlungen bei Entlassung des Patienten in bar oder per EC bezahlt werden müssen.

Ort, Datum: _____ Haustierarzt: _____
(Unterschrift)

Anlagen: Röntgenaufnahme Laborbefunde andere: _____