



Tiergesundheitszentrum

Grußendorf

Wiechmann´s Eck

49565 Bramsche Pente

Tel: 05461/ 94 100

Fax: 05461/ 94 10 11

www.tiergesundheitszentrum.com

e-mail info@tiergesundheitszentrum.com

Überweisung

Überweisender Tierarzt: _____

Stempel

Datum: _____ Ansprechpartner: _____

Tierbesitzer: _____

Patient: Name _____ Tierart: _____ Rasse: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht : () m; () w; () k;

Verhalten; O ängstlich; O nervös; O aggressiv; O unruhig; O gelassen;

ANAMNESE UND KLINISCHE BEFUNDE:

LABOR-RÖNTGENBEFUNDE: (als Anhang O; Kunden mitgegeben O)

DIAGNOSE/ VERDACHTSDIAGNOSE(N):

BISHERIGE THERAPIE:

Bitte krankheitsabklärende Diagnostik und Therapieeinleitung:

Bitte stationäre Aufnahme mit Diagnostik und Therapie:

Bitte folgende spezielle Untersuchung(en): _____

Falls weitere diagnostische Maßnahmen erforderlich werden, führen Sie diese bitte durch

Weitere therapeutische Schritte möchte ich entscheiden

In diesem Fall bitte ich neben einer Abschlussinformation um einen kurzen Zwischenbericht.

Mit kollegialen Grüßen