

Überweisung an die Tierklinik Dr. Schneichel

Überweisender Tierarzt (Stempel):	Datum:
	Patient: Name: _____ Rasse: _____
Tierbesitzer (Name, Telefonnummer):	Tierart: <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> _____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> kastriert <input type="checkbox"/> unbekannt Alter: _____ <input type="checkbox"/> Jahre <input type="checkbox"/> Monate <input type="checkbox"/> Wochen <input type="checkbox"/> CAVE
Medikamentenunverträglichkeit:	Blutuntersuchung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> liegt bei Urinuntersuchung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> liegt bei Röntgenuntersuchung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> liegt bei
Vorbericht:	
Bisherige Untersuchungen: (Untersuchungsbefunde bitte beilegen, faxen unter 02651-98 59-69 oder per e-mail an info@tierklinik-schneichel.de)	
Bisherige Therapie:	
Gewünschte Untersuchungen / Behandlungen: Abklärung: <input type="checkbox"/> orthopädisch <input type="checkbox"/> internistisch <input type="checkbox"/> kardiologisch Bildgebung: <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Ultraschall Abdomen <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Endoskopie der/des _____ <input type="checkbox"/> Zahnheilkunde <input type="checkbox"/> Dermatologie <input type="checkbox"/> Ophthalmologie <input type="checkbox"/> OP (bitte angeben) _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: (bitte angeben) _____ <input type="checkbox"/> Übernahme zur weiteren Diagnostik und Therapie <input type="checkbox"/> Übernahme zur stationären Aufnahme	
Wie möchten Sie gern kontaktiert werden? (Rücküberweisung):	
<input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> per E-Mail <input type="checkbox"/> Fax	