

Überweisende Praxis/ Praxisstempel:

Kleintierzentrum Dr. Weber Schüttacker 17 45739/Oer-Erkenschwick Tel: 02368/2823 E-Mail: info@kleintierpraxis-weber.de www.kleintierzentrum-weber.de

PATIENT Name: Geburtsdatum: Geschlecht: Männlich Weiblich Rasse: Kastriert: Ja Nein ○ Hund ○ Katze ○ Nager ○ Vogel ○ Reptil Tier: **TIERHALTER** Name, Vorname Straße, PLZ, Wohnort _____ Telefonnummer: VORBERICHT/ VERDACHTSDIAGNOSE/ FRAGESTELLUNG: DAUERMEDIKATION/BEMERKUNGEN: **GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG/OPERATION:** Röntgen Cendoskopie Computertomographie Ultraschall Echokardiographie O Dermatologische Abklärung O Sonstiges: O durchführen onur nach telefonischer Rücksprache Weiterführende Untersuchungen



Überweisungsformular

Kleintierzentrum Dr. Weber Schüttacker 17 45739/Oer-Erkenschwick Tel: 02368/2823 E-Mail: info@kleintierpraxis-weber.de www.kleintierzentrum-weber.de

FÜR WEITERE BEMERKUNGEN VERWENDEN SIE BITTE DIESE SEITE!
VIELEN DANK FÜR IHRE ÜBERWEISUNG!