



ÜBERWEISENDE PRAXIS / KLINIK

Praxis / Klinik

Tierärztin / Tierarzt

Anschrift

Telefon

E-Mail

ANGABEN ZUM BESITZER

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Wohnort

Telefon des Besitzers

ANGABEN ZUM PATIENTEN

Rufname des Tieres

Tierart / Rasse

Alter

Bekannte Vorerkrankungen

ÜBERWEISUNG ZUR

Überweisung zur

☐ Diagnostik / Behandlung ☐ Nur Diagnostik ☐ Operation ☐ Sonstiges

Sonstiges – bitte angeben

Vorbericht

Vorbehandlung / Medikamente

BEIGEFÜGTE BEFUNDE

Zutreffendes bitte auswählen. Digitale Befunde können Sie unten direkt anhängen.

Röntgen

- ☐ Als Datei angehängt
- ☐ Kommt separat per E-Mail
- ☐ Ausgedruckt beim Besitzer

Labor

- ☐ Als Datei angehängt
- ☐ Kommt separat per E-Mail
- ☐ Ausgedruckt beim Besitzer

Sonstige Befunde

BESONDERHEITEN • WÜNSCHE • SONSTIGES

Besonderheiten, Wünsche, Sonstiges

BESTÄTIGUNG

- ☐ Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und bin mit der Übermittlung der Angaben an die Fachtierarztpraxis Wolkersdorf einverstanden. *

Datum

Unterschrift
