

# Überweisung



24 Stunden Bereitschaft

Pferdeklinik  
an der Rennbahn

<b>Überweisender Arzt / Praxis:</b>	Telefon:
	Telefax:
	E-Mail:

<b>Besitzer</b>	Name:
	Adresse:
	Telefon-Nr.:
<b>Patient</b> (Tier)	Name:
	Rasse:
	Alter:
	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> kastriert

<b>Überweisung zur:</b> (bitte ankreuzen)		
<input type="checkbox"/> Diagnostik	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Behandlung	<input type="checkbox"/> OP	
<input type="checkbox"/> Szintigraphie		
Vorbericht (Symptome und klinische Befunde)		
Ergebnisse Ihrer Untersuchungen (Labor, Histologie, BU, etc.; ggf. Kopie beifügen). Röntgenbilder bitte dem Besitzer mitgeben oder per Post/ E-Mail zuschicken.		
Durchgeführte Behandlungen (Medikationen, OP, etc.) mit Datum und Dosierung.		