

Überweisung

an die
Tierärztliche Klinik für Kleintiere
Dr. Thomas Grammel
Schillerstr. 17
37520 Osterode am Harz
Tel. 05522 90060
Fax 05522 900620

Überweisender Tierarzt: _____
Stempel

Datum: _____ Ansprechpartner: _____

Tierbesitzer: _____

Patient: Name _____ Tierart: _____ Rasse: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht : m; w; k;

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

ANAMNESE UND KLINISCHE BEFUNDE:

LABOR-RÖNTGENBEFUNDE: (als Anhang ; Kunden mitgegeben)

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

