

# ÜBERWEISUNG

## Tierärztliche Praxis für Kleintiere

am Sorpensee



Datum:

### Besitzer

Vorname:

Name:

Straße:

PLZ:

Wohnort:

Telefon:

Smartphone:

### Patient

Name:

Rasse:

Alter:

Geschlecht:

Farbe:

Chip-Nr.:

### Vorbericht / Medikamente:

(Verdachts-) Diagnose:

### Eingeleitete Therapie:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mit der Bitte um Operation   | <input type="checkbox"/> Vor Therapieeinleitung bitte ich um Rückruf          |
| <input type="checkbox"/> Mit der Bitte um stationäre Aufnahme                                   | <input type="checkbox"/> Bitte die nötigen therapeutischen Schritte einleiten |
| <input type="checkbox"/> Mit der Bitte um weitere Diagnostik                                    | <input type="checkbox"/> Mit der Bitte um Rückruf                             |
| <input type="checkbox"/> Mit der Bitte um folgende spezielle Untersuchung: <input type="text"/> |   |
| <input type="checkbox"/> Mit der Bitte um <input type="text"/>                                  |   |
| <input type="checkbox"/> Röntgenbilder mitgegeben / per E-Mail versendet                        | <input type="checkbox"/> Information noch heute                               |
| <input type="checkbox"/> Laborbefunde mitgegeben / per E-Mail versendet                         |   |

Mit kollegialen Grüßen