



Am Wagrienring 27 - 31, 23730 Sierksdorf

☎ 04561521080 📠 0456116638

✉ [tierklinik-neustadt@vets4care.de](mailto:tierklinik-neustadt@vets4care.de)

**Überweisender Tierarzt, Praxisstempel** ( für eMail bitte ausfüllen)

Praxis:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:  Fax:

eMail:

Ansprechpartner:

Überweisungsdatum:

## Allgemeine Überweisung

### Halter:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

### Patient:

Name:

Tierart:

Rasse:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich  weiblich

Kastriert: ja  nein  Gewicht:  kg

Verhalten des Patienten: ängstlich  nervös  aggressiv  unruhig  ruhig

Anamnese und klinische Befunde:

Diagnose/Verdachtsdiagnose:

Bisherige Medikation/Therapie: falls bereits behandelt wurde, erfolgte eine Besserung? ja  nein

**Anlagen** als Anhang  dem Halter mitgegeben

Röntgenbilder  Ultraschallbilder  Laborbefunde  sonstige Unterlagen

Zur ausführlichen weiterführenden Diagnostik & Therapie

Zur stationären Aufnahme

Zur Durchführung folgender Untersuchung(en):

**Rücküberweisung erwünscht:** per Telefon  per Fax  per eMail