

ÜBERWEISUNGSFORMULAR – TIERÄRZTLICHE WEITERBEHANDLUNG

Hinweis: Mit der Überweisung erklärt sich der Tierhalter mit der Weitergabe der medizinischen Daten einverstanden.

1. ÜBERWEISENDER TIERARZT / PRAXIS

Praxisname: _____ Name des Tierarztes: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

2. TIERHALTER / BESITZER

Name: _____ Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

3. PATIENTENDATEN

Name des Tieres: _____

Tierart: _____ Rasse: _____

Geschlecht: männlich weiblich kastriert

Geburtsdatum / Alter: _____ Gewicht: _____

4. VORSTELLUNGSGRUND / ÜBERWEISUNGSGRUND

Diagnostische Abklärung Zweitmeinung

Spezialisierte Behandlung. Chirurgischer Eingriff

Sonstiges: _____

Beschreibung der Problematik / Symptome:

5. VORBEFUNDE & DIAGNOSTIK

Blutuntersuchung Röntgen

Ultraschall CT / MRT

Sonstiges: _____

Ergebnisse / Zusammenfassung: _____

6. BISHERIGE THERAPIE

Medikation / Behandlung: _____

Zeitraum der Behandlung: _____

7. SPEZIELLE FRAGESTELLUNG

8. ANHÄNGE

Laborbefunde Bildgebung

Vorberichte Sonstiges: _____

9. DATUM & UNTERSCHRIFT

Datum: _____

Unterschrift Tierarzt: _____