

KLEINTIERPRAXIS

TIERÄRZTLICHE KLINIK FÜR KLEINTIERE

Dr. med. vet. Klaus-Peter Vick
Fachtierarzt für Kleintiere

Dr. med. vet. Matthias Vick
Tierarzt für Kleintiere

Dr. med. vet. Thorsten Kopp
Fachtierarzt für Kleintiere



Tierärztliche Klinik für Kleintiere

(Absenderstempel)

Gartenstraße 12

26122 OLDENBURG

Tel. 04 41 / 7 40 74

Fax 04 41 / 7 56 34

ÜBERWEISUNG

Am _____ überweise ich Ihnen nach / ohne telefonische(r) Absprache Tierart: _____

Name: _____ Geschlecht: _____ Alter: _____ Kastriert: ja nein

des(r) Herrn / Frau _____

zur Untersuchung / Nachuntersuchung / Röntgen / Diagnosestellung bzw. -bestätigung / Behandlung / Operation.

Ich habe seit _____ Tagen / Wochen / Monaten folgende Symptome festgestellt _____

Ich habe schon folgende Untersuchungen (mit Ergebnissen - Labor - Röntgen usw.) angestellt _____

Ich stelle die Verdachts / Diagnose _____

Ich habe bisher folgende Behandlung ohne / mit geringem / gutem Erfolg durchgeführt _____

Ich bitte besonders zu achten auf _____

Ich, bzw. der Besitzer, wünschen einen Aufenthalt des Tieres in der Klinik möglichst kurz / nach Ihrem Ermessen / bis zur Ausheilung.

Letzte Schutzimpfung (Staupe, Parvovirose) erfolgte _____

Ich möchte die weitere Behandlung durchführen / nicht durchführen / über den weiteren Verlauf unterrichtet werden.

Anmerkungen: _____

Ort, Datum

Unterschrift

