

# Überweisung an das

## Kleintierzentrum Greven

Bismarckstraße 51, 48268 Greven  
Tel: 02571 – 93100  
Fax: 02571 – 93 1020  
eMail: info@kleintierzentrum-greven.de



Absender (Stempel):

Rücküberweisung per eMail  Fax

Bitte nutzen Sie die eMail Funktion Ihres Browsers, um die Überweisung als Anhang einer eMail zu schicken.

Patient	Besitzer
Name:	Name:
Tierart:	Vorname:
Rasse:	Strasse:
Alter:	Wohnort:
Geschlecht:	Telefon:

### Vorbericht / klinische Untersuchung:

(Verdachts-) Diagnose:

eingeleitete Therapie:

- mit der Bitte um Operation
- mit der Bitte um stationäre Aufnahme
- mit der Bitte um weitere Diagnostik
- mit der Bitte um folgende spezielle Untersuchung: \_\_\_\_\_
- mit der Bitte um \_\_\_\_\_
- vor Therapieeinleitung bitte ich um Rückruf
- bitte die nötigen therapeutischen Schritte einleiten
- mit der Bitte um Rückruf / Information noch heute

Mit kollegialen Grüßen

Röntgenbilder mitgegeben  
Laborbefunde mitgegeben