

Überweisung an das

Kleintierzentrum Greven

Mergenthalerstrasse 2a

48268 Greven

Tel.: 02571 – 93100

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

☐
☐