



Überweisungsformular für

- Kleintierchirurgie
- Kleintierneurologie

Überweisender Tierarzt/In

Klinik

Adresse

Telefon Fax

Patientenbesitzer/In

- Termin vereinbart am
- Termin muss noch vereinbart werden
- Klinik soll Besitzer kontaktieren
- Besitzer kontaktiert Klinik

Name Vorname

Adresse

Telefon Mobil Fax

Patientenangaben

- Hund: Name Alter Rasse weiblich
- männlich
- kastriert

- Katze: Name Alter Rasse weiblich
- männlich
- kastriert

Verdachtsdiagnose

.....
.....



Anamnese

Klinische Befunde

Laborbefunde (bitte Laborbefunde mitgeben oder zusammen mit der Überweisung faxen an 044-635 89 20)

Röntgenbefunde Bilder werden geschickt oder mitgegeben, Bilder bitte zurücksenden, digitale Bilder an: cderobillard@vetclinics.uzh.ch, keine Bilder vorhanden.

Aktuelle Behandlung (seit wann und Dosierungen)

Fragestellung / spezielle Wünsche bezüglich Abklärung / Behandlung

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift