

ÜBERWEISUNG

an die
Tierärztliche Klinik Ahlen

Dermatologie

Fax: 0 23 82/7 66 70 -100

Überweisende tierärztliche Praxis

**Tierärztliche
Klinik Ahlen**
Tierärztliche Klinik für Kleintiere



Datum der Überweisung: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Halter: _____

Zu berücksichtigende Besonderheiten: A B C I II III

Patient:

Name: _____ Tierart: _____ Rasse: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht m w kastriert

Verhalten: ängstlich nervös aggressiv unruhig ruhig

Anamnese

Klinische Untersuchung
Systemische Befunde:

Hautveränderungen:

Primäre Effloreszenzen:

Sekundäre Effloreszenzen:

Befunde weiterführender Diagnostik

als Anhang Halter mitgegeben

Diagnose/Verdachtsdiagnose(n)

Bisherige Behandlung und deren Ergebnisse

Mit kollegialen Grüßen