

ÜBERWEISUNG

an die
Tierärztliche Klinik Ahlen
MRT, CT

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 und klinische Befunde

Befunde weiterführender Diagnostik

als Anhang Halter mitgegeben

Diagnose/Verdachtsdiagnose(n)

Bisherige Therapie

- Bitte ausführliche weiterführende Diagnostik und Therapieeinleitung.
- Bitte ausschließlich computertomographische Darstellung und Befundinterpretation folgender Lokalisationen:

_____ falls weitere diagnostische Maßnahmen erforderlich werden, führen Sie diese bitte durch.

- Bitte führen Sie eine ausführliche Untersuchung auf Narkosetauglichkeit durch.
- Aufgrund meiner präanästhetischen Voruntersuchung erkläre ich den Patienten für narkosetauglich.

Mit kollegialen Grüßen