

# ÜBERWEISUNG

an die  
Tierärztliche Klinik Ahlen  
MRT, CT

Fax: 0 23 82-8 20 68

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