

# ÜBERWEISUNG

an die  
Tierärztliche Klinik Ahlen

Physiotherapie

Fax: 0 23 82-8 20 68

Überweisende tierärztliche Praxis



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

*Orthopädisch-klinische Befunde:*

*Operationen:*

## Befunde bildgebender Diagnostik

als Anhang    Halter mitgegeben

## Diagnose/Verdachtsdiagnose(n)

## Aktuelle Medikation

Mit kollegialen Grüßen