

Untersuchungs- formular

Ihre Daten:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

**Tierärztliche
Klinik Ahlen**



Tierärztliche Klinik für Kleintiere

Dr. Gereon Viefhues

Bunsenstraße 20 · 59229 Ahlen

Telefon +49 2382 83333 · Telefax 82068

Patientendaten:

Name: _____ Tierart: _____ Rasse: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w kastriert

Welches Problem besteht?

Seit wann besteht das Problem?

Sind bereits Untersuchungen durchgeführt worden?

ja nein

Wenn ja, welche:

Röntgen

Ultraschall

CT

MRT/Kernspin

Blutuntersuchung

Sonstiges: _____

Ergebnisse/Befunde dieser Untersuchungen

in Anlage

Wurden bereits Medikamente verschrieben/gegeben?

ja nein

Wenn ja, welche:

Bestehen andere (bekannte) Erkrankungen?

ja nein

Wenn ja, welche:

Daten Ihres Haustierarztes

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____