



An die  
AniCura Tierklinik Haar GmbH  
Keferloher Straße 25  
85540 Haar

Telefon 089 461 48 51 - 0  
Telefax 089 461 48 51 - 199  
E-Mail haar.befunde@anicura.de

ABSENDER

PRAXISSTEMPEL

## ÜBERWEISUNG | BEFUNDMITTEILUNG

Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, ich überweise folgenden Patienten:

- |   |  |   |                                       |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie - Orthopädie | <input type="checkbox"/> Kardiologie           | <input type="checkbox"/> Zahnheilkunde    | <input type="checkbox"/> Endoskopie   |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin         | <input type="checkbox"/> Ultraschalldiagnostik | <input type="checkbox"/> Augenheilkunde   | <input type="checkbox"/> Arthroskopie |
| <input type="checkbox"/> Neurologie             | <input type="checkbox"/> Onkologie             | <input type="checkbox"/> Röntgen, CT, MRT | <input type="checkbox"/> _____        |

BESITZER	TIERART
RASSE	ALTER
GESCHLECHT männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> kastr. <input type="checkbox"/>	

## ANAMNESE | EIGENE BEFUNDE | BISHERIGE BEHANDLUNG

Bitte übermitteln Sie alle Unterlagen elektronisch an haar.befunde@anicura.de

## FRAGESTELLUNG

## BEMERKUNGEN

Bitte bisherige Befunde (Labor, Röntgen etc.) mitbringen und Patient (außer Kleinsäuger) nüchtern lassen.

