

ÜBERWEISUNGSFORMULAR



Vierpfoten
Physiotherapie
Zentrum

Zentrum für Physiotherapie, medizinische Trainings-
therapie und Rehabilitation von Hund und Katze

Überweisung an	Haustierarzt
Vierpfoten Physiotherapie Zentrum Dr. Michael Köhler Friedhofsweg 10 D-57518 Betzdorf Tel: +49-2741-936190 Fax: +49-2741-937780-80 eMail: info@vierpfoten-physiotherapie.de	

Patientenbesitzer
Name: _____
Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____
Telefon: _____

<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Katze	<input type="checkbox"/> andere:	
Rasse: _____	Besonderheiten: _____		
Name: _____			
Alter: _____			
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w kastriert <input type="checkbox"/>			
Gewicht: _____			

Grund der Überweisung, gewünschte Behandlungen

Vorbericht
Anamnese: _____
Befunde: _____
Diagnosen: _____
Therapie: _____

Bitte teilen Sie dem Patientenbesitzer mit, dass die Behandlungen bei Entlassung des Patienten in bar oder per EC bezahlt werden müssen.

Ort, Datum: _____ Haustierarzt: _____
(Unterschrift)

Anlagen: Röntgenaufnahme Laborbefunde andere: _____