

ÜBERWEISUNG



Datum:

Besitzer

Vorname:

Name:

Straße:

PLZ:

Wohnort:

Telefon:

Smartphone:

Patient

Name:

Rasse:

Alter:

Geschlecht:

Farbe:

Chip-Nr.:

Vorbericht / Medikamente:

(Verdachts-) Diagnose:

Eingeleitete Therapie:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mit der Bitte um Operation | <input type="checkbox"/> Vor Therapieeinleitung bitte ich um Rückruf |
| <input type="checkbox"/> Mit der Bitte um stationäre Aufnahme | <input type="checkbox"/> Bitte die nötigen therapeutischen Schritte einleiten |
| <input type="checkbox"/> Mit der Bitte um weitere Diagnostik | <input type="checkbox"/> Mit der Bitte um Rückruf |
| <input type="checkbox"/> Mit der Bitte um folgende spezielle Untersuchung: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Mit der Bitte um <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> Röntgenbilder mitgegeben / per E-Mail versendet | <input type="checkbox"/> Information noch heute |
| <input type="checkbox"/> Laborbefunde mitgegeben / per E-Mail versendet | |

Mit kollegialen Grüßen