



**Kleintier
Zentrum**
Dr. Kasa

ÜBERWEISUNG

| Überweisung an | Hautierarzt/überweisender Tierarzt |
|--|------------------------------------|
| <p>Kleintierzentrum Dr. Kasa Dr. Andreas Kása Bahnhofstr. 11 D-79539 Lörrach</p> <p>Tel: 07621 919320 Fax:07621 9193220 email: info@kleintierzentrum-kasa.de www.kleintierzentrum-kasa.de</p> | |

| Patientenbesitzer |
|----------------------|
| Name: _____ |
| Anschrift: _____ |
| Telefon/Email: _____ |

| Hund | Katze | Heimtier | |
|----------------|-------|----------|-----------------------|
| Rasse: _____ | | | Besonderheiten: _____ |
| Name: _____ | | | |
| Alter: _____ | | | |
| Geschlecht | m | w | kastriert |
| 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: _____ (Haus-)tierarzt: _____

Anlagen: Röntgenaufnahme Laborbefunde andere: _____

Sie können auch unsere Online-Überweisung unter www.kleintierzentrum-kasa.de verwenden.
Dort können Sie auch dieses Überweisungsformular downloaden.