

Besitzer & Patient

Besitzer _____

Tiername _____

Tierart / Rasse _____

Alter _____ Geschlecht ☐ M ☐ W ☐ K

Überweiser / Praxisstempel

Rücküberweisung per ☐ Telefon ☐ Mail

Anamnese / Befunde / Therapie

Befunde bitte beilegen oder per Mail an office@tierklinik-sattledt.at

Überweisungsgrund / Rücküberweisung

☐ Komplette Abklärung & Therapie

Nur Diagnostik: ☐ CT ☐ MRI ☐ kardiologische Abklärung ☐ Abdomen-Ultraschall

☐ OP / Endoskopie: _____

Tierklinik Sattledt

Kirchdorfer Straße 7
A-4642 Sattledt

Tel.: +43 7244 8924

Mail: office@tierklinik-sattledt.at

Öffnungszeiten

Montag – Freitag

Wochenende / Feiertag

8:00 – 19:00

Notdienst

