



KLINIKA DLA MAŁYCH ZWIERZĄT WĄSIATYCZ SP. Z O.O.

61-689 Poznań, ul. Księcia Mieszka I 18
Telefon: +48 61 823 09 97 E-Mail: recepcja@klinwet.pl
NIP 972 129 62 19 REGON 381780563 KRS 0001090618

ÜBERWEISUNG ZUR COMPUTERTOMOGRAPHIE						CT				
Ort					Datum					
ÜBERWEISENDER TIERARZT *		Stempel des Tierarztes								
Telefon *					E-Mail *					
DATEN DES PATIENTEN (TIERES) *					DATEN DES EIGENTÜMERS / HALTERS *					
Name		Geschlecht **		☐ ♀ ☐ ♂		Vor- und Nachname				
Geburtsdatum oder Alter		Gewicht				Adresse				
Tierart **		Ca ☐ Fe ☐ andere ☐		Nach Kastration (Sterilisation) **		ja ☐ nein ☐		Telefon		
Rasse		Chip / Metallimplantate **		ja ☐ nein ☐		E-Mail				
ZWECK DER UNTERSUCHUNG / DIAGNOSE / VERDACHT *										
KRANKENGESCHICHTE *						AKTUELL VERABREICHTE MEDIKAMENTE *				
BEIGEFÜGTE MEDIZINISCHE DOKUMENTATION *										
ICH BITTE UM DURCHFÜHRUNG ZUSÄTZLICHER UNTERSUCHUNGEN **										
BLUTBILD + BLUTBIOCHEMIE ☐ (durchgeführt maximal bis 7 Tage vor der CT-Untersuchung)			Röntgen ☐		Ultraschall ☐		HP ☐		Sonstige	
ICH BITTE UM ZUSÄTZLICHE KONSULTATIONEN **										
KARDIOLOGISCH ☐		NEUROLOGISCH ☐		ORTHOPÄDISCH ☐		SONSTIGE				
WICHTIG: DETAILLIERTER BEREICH DER CT-UNTERSUCHUNG IM UMFANG VON: **										
KOPF ☐		HALS ☐		BRUSTKORB ☐		BAUCHHÖHLE ☐		BECKEN ☐		
WIRBELSÄULE - - ABSCHNITT		C1 - Th2 ☐		Th3 - L3 ☐		L1 - S3 ☐		C1 - S3 ☐		
		GLIEDMAßE:		BRUSTGLIEDMAßE		BECKENGLIEDMAßE				
				rechts ☐ links ☐		rechts ☐ links ☐				
SONSTIGE										
UNTERSUCHUNG UND BEFUND IM EILVERFAHREN: JA ☐ NEIN ☐										
Datum, Unterschrift und Stempel des überweisenden Tierarztes										

* Pflichtfelder

** Zutreffende Kästchen mit „x“ ankreuzen

ACHTUNG: FÜR JEDEN UNTERSUCHTEN BEREICH, JEDE ZUSÄTZLICHE UNTERSUCHUNG UND JEDE KONSULTATION (ANGEKREUZTES KÄSTCHEN) **WIRD EINE GESONDERTE GEBÜHR ERHOBEN.**

VOR DER CT-UNTERSUCHUNG DARF DAS TIER MINDESTENS 12 STUNDEN NICHT GEFÜTTERT UND 4 STUNDEN NICHT GETRÄNKT WERDEN.