



Klinika dla Małych Zwierząt
WĄSIATYCZ

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 MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE

MRT

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) **



Telefon

Rasse

Chip /
Metallimplantate **



E-Mail

ZWECK DER UNTERSUCHUNG / DIAGNOSE / VERDACHT *

KRANKENGESCHICHTE *

AKTUELL VERABREICHTE MEDIKAMENTE *

BEIGEFÜGTE MEDIZINISCHE DOKUMENTATION *

ICH BITTE UM DURCHFÜHRUNG ZUSÄTZLICHER UNTERSUCHUNGEN **

Blutbild + Blutbiochemie ☐
(durchgeführt höchstens 7 Tage vor
der MRT-Untersuchung)

Röntgen
☐

Ultraschall
☐

HP
☐

Sonstige

ICH BITTE UM ZUSÄTZLICHE KONSULTATIONEN **

KARDIOLOGISCHE ☐

NEUROLOGISCHE ☐

ORTHOPÄDISCHE ☐

SONSTIGE

WICHTIG: DETAILLIERTER BEREICH DER MRT-UNTERSUCHUNG IM UMFANG VON: **

KOPF: SCHÄDEL ☐ GESICHT ☐

HALS - WEICHTEILE ☐

WIRBELSÄULEN-
ABSCHNITT:

C1-Th2 ☐

Th3-L3 ☐

L3-S3 ☐

GLIEDMAßEN:

Schultergelenk

RECHTS ☐

LINKS ☐

Kniegelenk

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 ERHOSEN.

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