

## Vor der Untersuchung

- 10-12 Std. nüchtern
- Trinken immer erlaubt
- 2-3 Std nicht urinieren

### PATIENTENBESITZER

Anrede:	Titel:
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ / Ort:
Tel/Mobil:	email:

### PATIENT

Name:	Art/Rasse:
Geschlecht:      w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	kastriert <input type="checkbox"/> nicht kastriert <input type="checkbox"/>
Gewicht:	Geburtsdatum:

Anamnese / Überweisungsgrund:

Haustierarzt / überweisender Tierarzt

TierKRANKENversicherung:    ja     nein

wenn „ja“, bitte MikrochipNr. \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass es sich beim Patienten um Ihr eigenes Tier handelt oder dass die Behandlung vom Tierhalter ausdrücklich gewünscht wird.  
Sie erklären sich einverstanden, dass Ihre Daten im Rahmen der Praxistätigkeit unter Wahrung der DSGVO elektronisch verarbeitet (zB. auch Befundweiterleitung) werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift