ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Bitte möglichst vollständig ausfüllen und vorhandene Befunde / Laborergebnisse beilegen.

1. Art der Vorstellung

☐ Erstüberweisung an ACC Animal Care Center	☐ Rücküberweisung / Befundbericht an überweisende Praxis
Datum	Gewünschter Termin / Zeitraum / Dringlichkeit: ☐ regulär ☐ dringend ☐ Notfall

2. Überweisende Tierarztpraxis / Absender

Praxis / Klinik	Ansprechperson
Adresse	Telefon
E-Mail	

3. Tierhalter:in

Vor- und Nachname	Telefon / mobil
Adresse	E-Mail

4. Patient:in

Name des Tieres	Tierart	Rasse
Geburtsdatum / Alter	Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich	Kastriert: ☐ ja ☐ nein
Gewicht	Kennzeichnung / Chipnummer	Versicherung (optional)

5. Überweisungsgrund und bisherige Behandlung

Fragestellung / Symptome / Verdachtsdiagnose
Bisherige Untersuchungen, Ergebnisse und relevante Vorbefunde
Medikamente (Wirkstoff, Dosierung, letzte Gabe), Allergien / Besonderheiten

Beilagen: ☐ Labor ☐ Röntgen ☐ Ultraschall ☐ Bilder ☐ Sonstiges: _____

6. Rückmeldung / weiteres Vorgehen

☐ Bitte Befundbericht an überweisende Praxis senden	**☐ Telefonische Rücksprache erwünscht**

7. Zusätzliche Hinweise / gewünschte Maßnahmen

Ort, Datum	**Unterschrift überweisende Tierärztin / überweisender Tierarzt**