

## Überweisende Praxis (Stempel)

### Mobile Katzenpraxis

Dr. Katja Oelmann

Neue Str. 15

04575 Neukieritzsch/OT Lobstädt

(Bitte geben sie das Formular dem Patientenbesitzer mit oder senden sie es uns vorab.)

Name des Besitzers: \_\_\_\_\_

Patient Tierart: \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Welches Problem hat das Tier?

Wie verhält sich das Tier in Ihrer Praxis?

Haben sie dem Besitzer schon verhaltenstherapeutische Ratschläge gegeben und wenn ja welche?

Hat das Tier zurzeit gesundheitliche Probleme? Welche?

Hat das Tier chronische Leiden? Wenn ja welche?

Bitte fügen sie aktuelle Laborbefunde bei.

Bekommt der Patient zurzeit Medikamente? Wenn ja welche?

Hinweise: