

Absenderstempel:

**TIERKLINIK**  
OLDENBURG



Dr. med. vet. Matthias Vick  
Tierarzt für Kleintiere

Dr. med. vet. Thorsten Kopp  
Fachtierarzt für Kleintiere

Dr. med. vet. Klaus-Peter Vick  
Fachtierarzt für Kleintiere  
*bis 2006 Gesellschafter*

## TIERKLINIK OLDENBURG

Gartenstraße 12  
26122 Oldenburg

# ÜBERWEISUNG

Am \_\_\_\_\_ überweise ich Ihnen nach / ohne telefonische(r) Absprache

Tierart: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Kastriert: ja  nein

des(r) Herrn / Frau \_\_\_\_\_

zur Untersuchung/Nachuntersuchung/Röntgen/Diagnosestellung bzw. -bestätigung/Behandlung/Operation.

Ich habe seit \_\_\_\_\_  Tagen  Wochen  Monaten folgende Symptome festgestellt

Ich habe schon folgende Untersuchungen (mit Ergebnissen - Labor - Röntgen usw.) angestellt

Ich stelle die  Verdachts- /  Diagnose

Ich habe bisher folgende Behandlung  ohne  mit geringem  gutem Erfolg durchgeführt

Ich bitte besonders zu achten auf \_\_\_\_\_

Ich, bzw. der Besitzer, wünschen einen Aufenthalt des Tieres in der Klinik  
 möglichst kurz  nach Ihrem Ermessen  bis zur Ausheilung.

Letzte Schutzimpfung (Staupe, Parvovirose) erfolgte \_\_\_\_\_

Ich möchte die weitere Behandlung  
 durchführen  nicht durchführen  über den weiteren Verlauf unterrichtet werden.

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

Gartenstraße 12  
26122 Oldenburg

**Tel. 0441/74074**  
**Fax 0441/75634**

info@tierklinik-oldenburg.de  
www.tierklinik-oldenburg.de

ID-Nr.: DE 239535614