



**KLEINTIERKLINIK KLAUS AG**  
**BENZBURWEG 9**  
**CH-4410 LIESTAL**  
**TELEFON +41 (0)61 921 66 66**  
**TELEFAX +41 (0)61 921 66 96**  
**KLAUSPRAXIS@BLUEWIN.CH**  
**WWW.KLEINTIERKLINIK-KLAUS.CH**

**ÜBERWEISUNGSFORMULAR**

**Datum der Überweisung** \_\_\_\_\_  
**Überweisung durch** \_\_\_\_\_  
**Name Tierarzt/-ärztin** \_\_\_\_\_  
**Telefon** \_\_\_\_\_  
**Fax** \_\_\_\_\_  
**Mail** \_\_\_\_\_

**BESITZER/IN**

**Vorname und Name** \_\_\_\_\_  
**Adresse** \_\_\_\_\_  
**PLZ und Ort** \_\_\_\_\_  
**Telefon** \_\_\_\_\_

**TIER**

**Tiername** \_\_\_\_\_  
**Tierart** \_\_\_\_\_  
**Alter** \_\_\_\_\_  
**Rasse** \_\_\_\_\_

**ANAMNESE**

**Besprechung mit** \_\_\_\_\_  
**Datum der Besprechung** \_\_\_\_\_  
**Grund der Überweisung** \_\_\_\_\_  
**Gewünschte Untersuchung** \_\_\_\_\_  
**Vorgängige Untersuchungen** \_\_\_\_\_  
**Verabreichte Medikamente** \_\_\_\_\_  
**Bemerkungen** \_\_\_\_\_