



Pferdeklunik Parsdorf GmbH, Vaterstettener Weg 6, 85599 Parsdorf, Tel.: 0899011963, E-Mail: info@pferdeklunik-in-parsdorf.de

Überweisung zum CT am _____

Patientendaten	Besitzerdaten
Name	Name
Rasse	Adresse
Geschlecht	
Alter	Telefonnummer
Farbe	Mail Adresse

Überweisender TA/ Klinik: _____

Telefonnummer: _____

Mail Adresse: _____

Befundbericht an: Tierarzt Besitzer

Bitte ankreuzen (ein Kreuz = 1 Zone)

VL	VR	HL	HR
<input type="radio"/> Zehe-Mitte Röhre (Eisen ab)	<input type="radio"/> Zehe-Mitte Röhre (Eisen ab)	<input type="radio"/> Zehe-Mitte Röhre (Eisen ab)	<input type="radio"/> Zehe-Mitte Röhre (Eisen ab)
<input type="radio"/> Mitte Röhre- Carpus	<input type="radio"/> Mitte Röhre- Carpus	<input type="radio"/> Mitte Röhre - Tarsus	<input type="radio"/> Mitte Röhre - Tarsus
<input type="radio"/> Schulter Vollnarkose	<input type="radio"/> Schulter Vollnarkose	<input type="radio"/> Knie Vollnarkose	<input type="radio"/> Knie Vollnarkose
<input type="radio"/> Ellenbogen Vollnarkose	<input type="radio"/> Ellenbogen Vollnarkose		
<input type="radio"/> Kopf stehend	<input type="radio"/> Kopf Vollnarkose		
<input type="radio"/> HWS stehend (C1 bis C4)	<input type="radio"/> HWS Vollnarkose	<input type="radio"/> Sonstiges:	

Kontrastmittel-Injektion gewünscht: Zone: _____

Gelenk: _____

Vorbericht: _____

Vielen Dank!