



Tierarztpraxis Dr. Sörensen GmbH

Königsberger Straße 36
12207 Berlin
Tel.: 030 773 83 21
Fax: 030 770 20 40



Praxisstempel
(überweisende Praxis)

Überweisungsformular

(Bitte vorab per Fax an 030 / 770 20 40 oder per Mail an info@tierarztpraxis-soerenen.de)

Info zum Tierhalter

Name: _____

Tel.: _____

Info zum Tier:

Tierart: _____ Name: _____

Alter: _____

Rasse: _____ Geschlecht: O m / O w / O k

Gewünschte Abteilung:

- Chirurgie Internistik
- CT Kardiologie
- Zahn Dermatologie
- Neurologie Heimtiere

Grund der Überweisung

Bisherige Untersuchungen/Therapie:

Labor-/Röntgenbefunde:

als Anhang / per Mail / O per Fax / O Besitzer mitgegeben)

Sonstiges:

Terminvereinbarung:

- Besitzer meldet sich bei uns
- Wie melden uns bei Besitzer
- Wir melden uns bei Ihnen

Ich möchte bei Behandlung dabei sein

- ja
- nein

Rücküberweisung per: Fax Mail Brief

an:

**Vielen Danke für Ihre Überweisung
Ihr Team der Praxis Sörensen**