



Überweisung

Patient: _____

Besitzer: _____

Vorbericht: _____

bisherige Behandlung: _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose: _____

Gewünschte Untersuchung: _____

Röntgen

EKG

Ultraschall

Endoskopie

Operation

Computertomographie

Arthroskopie

weitere Diagnostik

Datum

Praxisstempel/Unterschrift

Kleintierpraxis Dr. Schiele
Lackermannweg 4

Richtung
Wasserburg

Vogtareuther Str.



Richtung
Bad Endorf

Haidenholzstr.

Stephanskirchen

Salzburger Str.



Schloßberg

Umgehungs-
straße U73

Richtung
Riedering

Innstraße

Inn

Rohrdorfer Str.

Richtung
Rohrdorf
u. BAB

Rosenheim

Inn

München-Salzburg