

**Dr. K.J. Boening**  
 FTA Pferde  
 FTA Chirurgie  
 Dipl. ECVS

**Dr. G. Stadtbäumer**  
 FTA Pferde

**Dr. K. Weitkamp**  
 FTA Pferde

**Dr. A. Merz**  
 FTA Pferde  
 FTA Chirurgie Pferd

**Dr. M. Niederhofer**  
 FTA Pferde  
 FTA Innere Medizin Pferd

## Überweisung

**Absender (Stempel)**

**Datum:** \_\_\_\_\_

	Besitzer		Patient
Name, Vorname:		Name:	
Straße:		Rasse:	
PLZ, Wohnort:		Alter:	
Telefon:		Geschlecht:	
Mobilfunk:			

### Vorbericht / Medikamente:

---



---



---



---



---

**(Verdachts-) Diagnose:** \_\_\_\_\_

### eingeleitete Therapie:

- mit der Bitte um Operation
- mit der Bitte um stationäre Aufnahme
- mit der Bitte um weitere Diagnostik
- mit der Bitte um folgende spezielle Untersuchung \_\_\_\_\_
- mit der Bitte um \_\_\_\_\_
- vor Therapieeinleitung bitte ich um Rückruf
- bitte die nötigen therapeutischen Schritte einleiten
- mit der Bitte um Rückruf / Information noch heute
- Röntgenbilder mitgegeben
- Laborbefunde mitgegeben

Mit kollegialen Grüßen