



| | |
|-------------------------------|------|
| Remitterande veterinär | |
| Namn: | |
| Klinik: | |
| Gata: | |
| Postnummer Ort: | |
| Telefon: | Fax: |
| E-post: | |

| | |
|---------------------|--|
| Djurägare | |
| Namn: | |
| Personnr: | |
| Gata: | |
| Postnummer Ort: | |
| Telefon mobil: | |
| Telefon arbete/hem: | |

| | | | | | | | | |
|-------------------|--|----------------|--------------------|--------------|--|--------------------------------------|--|--|
| Djurets namn: | | Djurslag: | | Remissdatum: | | | | |
| Född: | | Journalnummer: | | Ras: | | Vikt: | | |
| Försäkringsbolag: | | | Försäkringsnummer: | | | Oförsäkrad: <input type="checkbox"/> | | |

| | | | | | | | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Bifogar journal <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Bifogar rtg-bilder <input type="checkbox"/> | E-post <input type="checkbox"/> | Post <input type="checkbox"/> | CD med kund <input type="checkbox"/> | Inga rtg-bilder <input type="checkbox"/> | | | | |

| |
|---------------------------|
| Anamnes/status/behandling |
|---------------------------|

| |
|---|
| Önskad diagnostik/behandling/frågeställning |
|---|

| | | | |
|--------------|--|--|--|
| Tidsbokning: | <input type="checkbox"/> MHVP kontaktar kund (Vi föredrar detta) | <input type="checkbox"/> Har redan bokad tid | <input type="checkbox"/> Kunden kontaktar MHVP |
|--------------|--|--|--|

| | | | |
|--|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Remissvar önskas som: | E-post <input type="checkbox"/> | Fax <input type="checkbox"/> | Brev <input type="checkbox"/> |
| Remitterande veterinär önskar själv ta återbesök | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | |

| |
|---------|
| Övrigt: |
|---------|