

# Zuweisung für CT (oder andere weiterführende Diagnostik)

Zuweisung an:

Tierklinik Steyr, Dr. Leopold Pfeil & Partner, Leopold Werndl Strasse 28, 4400 Steyr, +43 7252 45456

Tierbesitzer (Nachname Vorname(n)):

---

Tier (Name, Tier, Rasse, Geburtsdatum, kastriert (ja/nein)):

---

Anschrift:

---

Tierversicherung ja/nein (wenn ja Vs Nummer und Träger):

---

**Um eine ordnungsgemäße Untersuchung zu gewährleisten, bitten wir Sie das Formular vollständig in allen Rubriken auszufüllen.**

CT-UNTERSUCHUNG  US-UNTERSUCHUNG  ANDERE-UNTERSUCHUNG Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Zu untersuchende Region (möglichst exakte Abgrenzung):

---

Bereits erhobene Befunde:

---

---

Klinische Symptomatik:

---

---

Konkrete Fragestellung:

---

---

Datum Stempel und Unterschrift des Zuweisers/der Zuweiserin