



CENTRUM WETERYNARYJNE
JACEK SZULC

Data:

Skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne:

Dane właściciela: Nazwisko i Imię: Adres zamieszkania: Telefon:..... Adres e-mail:.....	Dane placówki kierującej: Lekarz kierujący: Nazwa placówki weterynaryjnej: Dane teleadresowe: Telefon:..... Adres e-mail:.....
Dane pacjenta: Imię: Rasa: Wiek: Płeć: męska <input type="checkbox"/> żeńska <input type="checkbox"/> sterylizowana <input type="checkbox"/> Waga: Uwagi: Choroby przewlekłe, podawane leki: Rodzaj zabiegów: <input type="checkbox"/> Magnetoterapia <input type="checkbox"/> Masaż <input type="checkbox"/> Laseroterapia <input type="checkbox"/> Ćwiczenia czynne / bierne <input type="checkbox"/> Laser wysokoenergetyczny <input type="checkbox"/> Fala uderzeniowa <input type="checkbox"/> Ultradźwięki <input type="checkbox"/> Elektrostymulacja <input type="checkbox"/> Bieżnia wodna Okolica zabiegowa:	

Badanie kliniczne:

.....
.....

Podejrzenie:

.....

Dotychczasowa terapia lub wykonane zabiegi chirurgiczne/neurochirurgiczne :

.....

Obecność implantów metalowych (ich umiejscowienie):

.....

Przeciwwskazania lub inne uwagi (dotyczą również opiekuna zwierzęcia) :

.....

Przygotowanie pacjenta do badania:

Podczas zabiegów wymagana jest obecność opiekuna.

Agresja zwierzęcia jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do wykonania zabiegów.

Podpis lekarza zlecającego:

.....