

FORMULAIRE DE RÉFÉRÉ

VÉTÉRINAIRE TRAITANT

Nom :
Adresse :
E-mail :
Téléphone :

ANIMAL

Nom :
Date de naissance :
Espèce : chien chat NAC
Race :
Sexe : mâle femelle stérilisé(e)

PROPRIÉTAIRE DE L'ANIMAL

Nom :
Prénom :
Adresse :
E-mail :
Téléphone :

SERVICE DEMANDÉ

Vous souhaitez: Une consultation de médecine interne
 Une consultation de chirurgie
 Une intervention chirurgicale seule

Vous souhaitez être informé du cas : Par téléphone Par mail

Vous souhaitez que le suivi de la pathologie soit assuré par : Vos soins Alphavet

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (Commémoratifs, examens complémentaires, traitements ...)

VOLET DESTINÉ AU PROPRIÉTAIRE

Votre vétérinaire traitant vous a envoyé dans notre clinique pour les soins de votre animal selon un principe de référé.

- ✓ En aucun cas, un des vétérinaires de la clinique vétérinaire Alphavet ne pourra devenir votre vétérinaire traitant.
- ✓ En dehors des raisons pour lesquelles il était adressé, votre animal ne pourra être reçu à nouveau à la clinique qu'à la demande de votre vétérinaire traitant.
- ✓ En respectant cet engagement moral, vous nous permettez de perpétuer la confiance de votre vétérinaire.

Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble de ces consignes et m'engage à les respecter.

Signature :