

## 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 cancérologie  
☐ Une consultation d'ophtalmologie  
☐ Une consultation NAC  
☐ 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 :**