



CLINIQUE VÉTÉRINAIRE DE LA RIVIÈRE

FEUILLE DE RÉFÉRÉ

Vétérinaire traitant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Volet destiné aux propriétaires

Client :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Animal:

Nom :

Espèce :

Race:

Date de naissance :

Mutuelle animale :

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 de la Rivière 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 du client :

Volet destiné au vétérinaire traitant

Motif :

- Consultation spécialisée et éventuels examens complémentaires
- Examen(s) complémentaire(s) seul(s) :

.....
Pour les échographies abdominales ou cardiaques de chat, veuillez nous préciser au moment de la prise de rendez-vous si l'animal est difficilement manipulable vigile

- Prise en charge globale : consultation spécialisée, examens complémentaires, prise en charge thérapeutique

Je souhaite recevoir le compte rendu par :

- Mail :
- Téléphone :
- Courrier

Le suivi de l'animal sera assuré par :

- Mes soins
- La clinique de la Rivière

Commémoratifs, examens complémentaires et traitements déjà effectués :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Cachet du vétérinaire traitant et signature