

DIREKTREGLERING MÄLAREN HÄSTKLINIK

Tel: 08-592 54 010 Fax: 08-592 54 032 Kliniknr: D250

◆ Försäkringstagare:

Personnr: Försäkringsnr:.....

◆ Hästens namn:.....

Ras:..... Kön:..... Född:.....

◆ Vad ska hästen undersökas/behandlas för?.....

.....

◆ När insjuknade eller skadade sig hästen?.....

.....

◆ Har hästen blivit behandlad eller undersökt tidigare för liknande problem?
Isåfall när och var?

.....

.....

◆ Är Du momsredovisningsskyldig för denna häst? Ja Nej

Underskrift:.....

För kliniken

Ankomstdatum:..... Anamnes/diagnos:.....

.....

Tidigare behandlad hos er? Tidpunkt och orsak!.....

.....

Underskrift:.....

SveLands del

OK ATT DIREKTREGLERA Ja Nej ♦ JOURNAL ÖNSKAS Ja Nej

Handläggare:.....