

FORMULAIRE D'ADMISSION RÉFÉRÉ

Vous pouvez contacter la clinique pour toutes interrogations :
05 59 36 00 10
laportedaspe@orange.fr



Partie réservée au propriétaire

Conseils :

Lors de votre venue, n'oubliez pas :

- D'apporter **tous les documents** médicaux se rapportant à votre animal ou les compte rendu, analyses sanguines, radiographies, ordonnances de votre vétérinaire qui participeraient à la compréhension du dossier.
- D'amener votre animal à **jeun** en cas de chirurgie, en fonction des indications qui vous ont été fournies par votre vétérinaire.

Votre animal nous est adressé par votre vétérinaire pour un acte spécifique. Il ne sera pas reçu dans notre structure en dehors de ce cadre de référé.

Merci de remplir ce formulaire d'information:

Nom et Prénom :

Adresse complète :

Téléphone :

Mail :

Nom de votre animal : N° Identification :

CHIEN CHAT NAC

Race : Age : Poids :

Accès à la Clinique :



63 rue des Oustalots prolongée
64 400 Oloron Sainte Marie
(à côté de Lidl et Intermarché)

Partie réservée au vétérinaire

Vétérinaire référant :

Demande d'acte référé concernant :

- CHIRURGIE :
- MÉDECINE :
- NAC :
- ÉVALUATION COMPORTEMENTALE :
- AUTRE :

Vétérinaire de la Porte d'Aspe responsable de la prise en charge (si un contact préalable a été réalisé) :

Commémoratifs :

Examens désirés :

Examens déjà réalisés :

Traitements effectués :

Autres remarques :

Je souhaite que le suivi soit réalisé par : Mes soins La porte d'aspe

J'accepte que les traitements de première intention soient délivrés par la Porte d'Aspe, en dehors des traitements de renouvellement.

Compte rendu par : e-Mail :
 Téléphone :