

# CT Überweisung

## Überweisende Tierarztpraxis

Überweisender Tierarzt \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer \_\_\_\_\_  
 E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Kundenname \_\_\_\_\_  
 Tel Patientenbesitzer \_\_\_\_\_

## Tiername

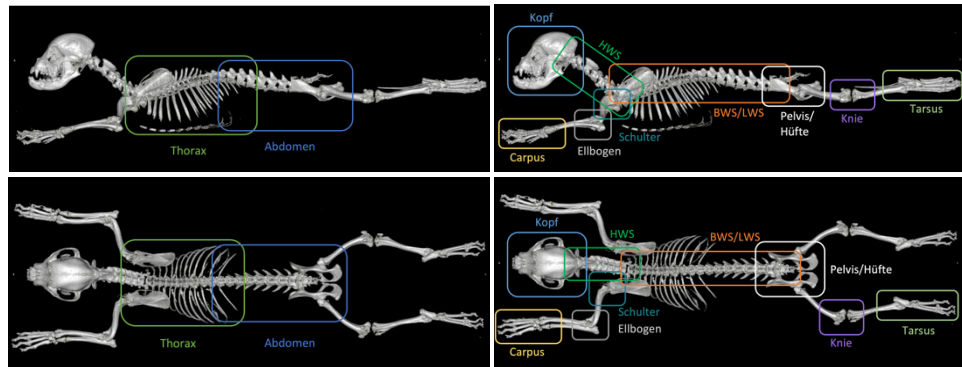
Spezies \_\_\_\_\_  
 Rasse \_\_\_\_\_  
 Geschlecht \_\_\_\_\_  
 Alter \_\_\_\_\_

## Vorerkrankungen

	JA	NEIN	Problemliste
· Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
· Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
· Bekannte Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
· Kürzlich durchgeführte operative Eingriffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
· Metallische Implantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Fragestellung für die Untersuchung</b>
· Trächtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
· Endokrinologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
· Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
· Neoplasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Aktuelle Medikamente</b>
· Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
· Atemwegsproblematik, Brachycephalen Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
· Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## Untersuchungsregion/en (bitte ankreuzen)

- Kopf
- Thorax
- Abdomen
- HWS
- BWS/LWS
- Schulter
- Ellbogen
- Carpus, Zehe
- Hüfte
- Kniegelenk
- Tarsus/Zehe



Wichtig: Bitte überweisen Sie Ihre Patienten - nach Möglichkeit - mit Ergebnissen einer aktuellen Blutuntersuchung. Eine prä-anästhetische Blutuntersuchung am Tag der Schnittbilddiagnostik kann in unserem Haus aus organisatorischen Gründen nicht erfolgen. Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um eine reine Überweisung zur Bildgebung und Befundung handelt. Sofern eine weitere Diagnostik (Orthopädie, Neurologie, Kardiologie, Endoskopie), eine Probennahme (Feinnadelaspiration, Biopsie; Liquor), Therapieberatung oder operative Versorgung gewünscht ist, muss stattdessen ein poliklinischer Termin vereinbart werden (Anmeldung Kleintierchirurgie: 0641/9938536).

Bitte übersenden Sie vor Vorstellung des Patienten den ausgefüllten Überweisungsbogen zur Schnittbilddiagnostik per E-Mail an: [radiologie@vetmed.uni-giessen.de](mailto:radiologie@vetmed.uni-giessen.de)

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift überweisender Tierarzt

\_\_\_\_\_  
 Datum