

KINEPATTES

Fiche de Liaison



contact@kinepattes.fr
06 31 46 44 22

VETERINAIRE PRESCRIPTEUR

Date :

Vous nous adressez l'un de vos patients. Merci de nous apporter les informations complémentaires :

Vétérinaire prescripteur :

J'adresse (nom de l'animal) :

Pour une consultation* en physiothérapie/rééducation ou en médecine douce

Pour le motif principal suivant :

.....
.....

Traitement Médical en cours* : OUI - NON

Si oui, lequel :

Autres antécédents connus :

.....

Je souhaite recevoir le compte rendu de la consultation :

E-mail :

Cachet Vétérinaire

**barrer les mentions inutiles*

PROPRIETAIRE DE L'ANIMAL

Vous

Prénom Nom : Nom : Poids :

Adresse :
.....

Téléphone :

E-Mail :

L'animal

Race :

Date de Naissance :/...../.....

SEXE* : M / F Castré* : OUI / NON

N° Identification :

(Merci de joindre les examens complémentaires réalisés et le compte-rendu chirurgical en lien avec le motif)