

# Überweisungsformular: Kardiologie



Überweisende/r Tierarzt/in / Klinik:

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Ansprechpartner/In:

kleintierpraxis **elfenau** GmbH

Thunstrasse 83, 3006 Bern, Tel.: 031 352 06 44

E-Mail: [kardiologie@kleintierpraxis-elfenau.ch](mailto:kardiologie@kleintierpraxis-elfenau.ch)

Dr. med. vet. **Mirjam Binkert** GPCert(Cardio)

Halter-Name/ Vorname:

Strasse:

PLZ, Ort:

Tel. /Mobil:

E-Mail:

Tier

Hund  Katze

Name:

Rasse:

Geb.Datum:

Alter:

Geschlecht:  w  m

Gewicht:

Vorstellungsgrund / Fragestellung:  NOTFALL  Erstabklärung  Nachkontrolle

**Anamnese:** (bitte ankreuzen)

Herzgeräusch

Husten: [ akut  chronisch]

Atembeschwerden/Dyspnoe

Zyanose

Leistungsintoleranz

Nächtliche Unruhe

Arrhythmie

abnormaler Puls

Kollaps /Synkope

Polyurie / Polydipsie (PU/PD)

Lungenstauung

Aszites

Beschwerden **seit:**

Bekannte **Erkrankungen**/sonstiges:

Ruhe-Atemfrequenz pro Minute (im Schlaf): \_\_\_\_ /Min

Ist das Tier **kooperativ**?  JA  mässig / eher nein

Bisherige Medikamente /Vorbehandlung: Falls bereits eine Behandlung erfolgte, trat eine Besserung ein?  Ja  nein

Resultate bisheriger Untersuchungen (bitte beilegen):

Die Übermittlung unserer Befunde erfolgt per E-Mail.

♥- lichen Dank für Ihre Zusammenarbeit und Vertrauen!