



## Überweisung

An die Tierklinik  
**LESIA**  
**ZENTRUM FÜR TIERMEDIZIN**  
Adlerstraße 63  
40211 Düsseldorf

Absender / Praxisstempel:

### Fachbereiche:

- Augenheilkunde
- Chirurgie
- Dermatologie
- Innere Medizin
- Kardiologie
- Neurologie
- Onkologie
- Physiotherapie

### Patientendaten:

Besitzer-Name:  
Anschrift:  
  
Telefon:

Tierart:  
Rasse:  
Alter:  
Geschlecht:  männlich  weiblich  kastriert

### Verdachtsdiagnose:

### Vorbericht / eigene Befunde / bisherige Behandlung:

### Ich wünsche folgende Untersuchung / Behandlung / Operation:

Geöffnet:  
24 Stunden täglich/  
365 Tage im Jahr

Das LESIA Team steht  
für weitere Fragen  
gerne zur Verfügung:

Tel. 0211 322 777 0  
Fax 0211 322 77720  
mail@lesia.de

**Vielen Dank  
für Ihre  
Überweisung.**

- Ich werde die Weiterbehandlung selber übernehmen
- Bitte übernehmen Sie die Weiterbehandlung
- Bitte senden Sie mir neue Überweisungsformulare
- Bitte senden Sie mir neue Kundeninformationen

- Anlagen:**
- Röntgen
  - Ultraschall
  - Labor
  - Sonstige Unterlagen