

Clinique Vétérinaire
de la Maillette

Propriétaire de l'animal

Nom :

Tél :

Mail :

Adresse :

.....

PARTIE PROPRIETAIRE

Animal :

Nom : Espèce :

Race : Sexe :

Date de Naissance : Stérilisé : Oui Non

Poids : N° d'identification :

Assurance : Oui, précisez : Non

INFORMATIONS IMPORTANTES

Vous ne serez reçu à la Clinique Vétérinaire de la Maillette que sur recommandation de votre vétérinaire traitant. La prise de rendez-vous se fait au **02.97.61.10.10**.


Votre animal doit être à jeun de la veille au soir.

Merci d'apporter les résultats d'examens déjà réalisés (bilans sanguins, comptes rendus).

Un temps d'attente peut être nécessaire en fonction des examens complémentaires à réaliser.

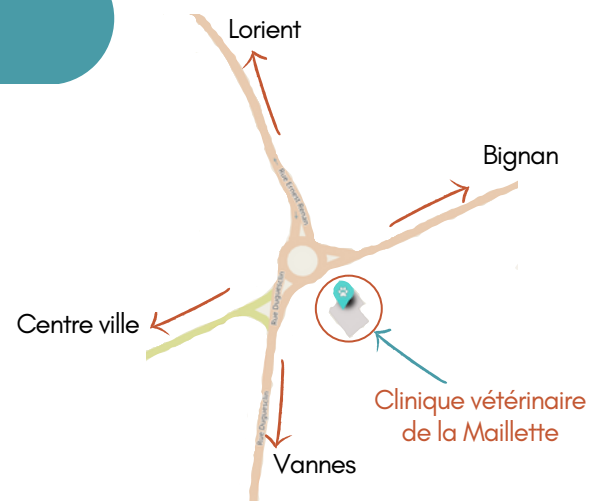
ADRESSE ET CONTACT

 2 rue Pierre Guillemot 56500 LOCMINE

 02.97.61.10.10

 secretariat-maillette@gsab.fr

 du lundi au samedi de 8h à 19h





Clinique Vétérinaire
de la Maillette



Praticien Référent

Nom :

Clinique :

Tél :

Mail* :

Adresse :

.....

*(Un compte rendu vous sera envoyé par mail)

PARTIE VÉTÉRINAIRE

Fiche de liaison à transmettre à l'accueil dès votre arrivée

J'adresse l'animal de Mme/M pour une :

Chirurgie :

Orthopédie

Neurochirurgie

Tissus mous

Echographie :

Abdominale

Cardiaque

Cytoponction

Médecine interne :

Consultation

Oncologie

Prise en charge souhaitée :

Examen spécifié uniquement (ci-dessus)

Prise en charge globale

Anamnèse :

.....

.....

Examens déjà réalisés :

.....

.....

.....

Traitement en cours :

.....

.....

.....