

**DIREKTREGLERING MÄLAREN HÄSTKLINIK**

Tel: 08-592 54 010 Fax: 08-592 54 032 Kliniknr: D250

◆ Försäkringstagare: .....

Personnr: ..... Försäkringsnr:.....

◆ Hästens namn:.....

Ras:..... Kön:..... Född:.....

◆ Vad ska hästen undersökas/behandlas för?.....

.....

◆ När insjuknade eller skadade sig hästen?.....

.....

◆ Har hästen blivit behandlad eller undersökt tidigare för liknande problem?  
Isåfall när och var?

.....

.....

◆ Är Du momsredovisningsskyldig för denna häst?  Ja  Nej

Underskrift:.....

\*\*\*\*\*

**För kliniken**

Ankomstdatum:..... Anamnes/diagnos:.....

.....

Tidigare behandlad hos er? Tidpunkt och orsak!.....

.....

Underskrift:.....

**SveLands del**

OK ATT DIREKTREGLERA  Ja  Nej ♦ JOURNAL ÖNSKAS  Ja  Nej

Handläggare:.....