

**Dr. Katharina Gellrich**  
**Nelkenweg 20, 85399 Hallbergmoos**  
**Tel: 0179-145 48 47, Fax: 03222 - 15 96 820**  
**E-Mail: info@tierarzt-gellrich.de**

## Überweisung

zur osteopathischen Behandlung       zur Ernährungsberatung

### Tierbesitzer

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon, Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### Tier

Hund       Katze

Name \_\_\_\_\_ Rasse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geschlecht     männlich     weiblich     kastriert

Gewicht \_\_\_\_\_ kg

### Grund der Überweisung

---

---

---

---

**Befund/e**

---

---

---

---

Beigefügt:       Röntgen       Labor       Sonstiges \_\_\_\_\_

**Diagnose/n**

**Therapie/Medikamente**



\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Stempel