Zuweisung Röntgen Kleintier

\*Pflichtfelder - ohne diese Daten können wir die angebotenen Dienstleistungen nicht erfüllen.

Terminvereinbarung: Montag bis Freitag von 9:00 bis 13:00 Uhr unter 01/ 250 77 - 5701

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Besitzer | | | | | | | | | |
|  | Frau |  | Herr | Titel |  | | Geburtsdatum\* |  |
| Nachname\* | | | |  | | | Vorname\* |  |
| Straße und Nummer\* | | | |  | | | | |
| Postleitzahl\* | | | |  | | Ort\* |  | |
| Telefon\* | | | |  | | | | |
| E-Mail | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tierdaten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name \* |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tierart\* |  | Hund |  | | Katze | |  | Kaninchen | |  | | | Nager | |  | | Exote | | |  | Vogel |
| Rasse\* |  | | | | | | | | | | Wurfdatum\* | | | | | | | |  | | |
| Geschlecht\* |  | weiblich | |  | | weiblich kastriert | | |  | | | männlich | | | |  | | männlich kastriert | | | |
| Zuchtbuchnummer |  | | | | | | | | Gewicht\* | | | | |  | | | | | | | |
| Transponder-(Chip-) nummer |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Für diesen Vertrag gelten die Bedingungen der Anstaltsordnung und der Honorarordnung der Veterinärmedizinischen Universität Wien (Vetmeduni Vienna) in der geltenden Fassung (https://www.vetmeduni.ac.at/de/tierspital/ueber-das-tierspital/).

Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung beruht auf Art. 6 Abs. 1 lit b DSGVO zum Zweck der Vertragserfüllung und Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter <https://www.vetmeduni.ac.at/de/datenschutz/>

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| BITTE NENNEN SIE DIE RELEVANTEN ERGEBNISSE IHRER KLINISCHEN UNTERSUCHUNG\*: | | | | |
|  | | | | |
| WIE LAUTET IHRE VERDACHTSDIAGNOSE\*: | | | | |
|  | | | | |
| BEFUNDE DER KLINISCHEN UNTERSUCHUNG\*: | | | | |
| Wurde eine Röntgenuntersuchung durchgeführt? *(Falls JA, bitte ggf. Bilder bereitstellen und Befund übermitteln.)* |  | JA |  | NEIN |
| Wurde eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt? *(Falls JA, bitte ggf. Bilder bereitstellen und Befund übermitteln.)* |  | JA |  | NEIN |
| Wurde eine CT/MRT-Untersuchung durchgeführt? *(Falls JA, bitte ggf. Bilder bereitstellen und Befund übermitteln.)* |  | JA |  | NEIN |
| Welche Region soll mittels Röntgen untersucht werden? | | | | |
|  | | | | |
| Kann die gewünschte Untersuchung von Ihnen aus nur unter Narkose durchgeführt werden (Tier zu nervös oder schmerzhaft?) - Bitte Vermerk beachten1 |  | JA |  | NEIN |
| Weitere gewünschte Untersuchungen im Rahmen der Röntgenuntersuchung | | | | |
| Ultraschalluntersuchung |  | JA |  | NEIN |
| *Welche Region soll untersucht werden?* | | | | |
| Sind Allergie bzw. Unverträglichkeiten (Medikament, Narkosemittel) bekannt?\* |  | JA |  | NEIN |
| *Falls JA, welche?* | | | | |
| Liegen weitere Erkrankungen vor?\* |  | JA |  | NEIN |
| *Falls JA, welche?* | | | | |
| Sind infektiöse Krankheiten bekannt?\* |  | JA |  | NEIN |
| *Falls JA, welche?* | | | | |
|  | | | | |
| Wie war der bisherige Krankheitsverlauf?   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Verschlechterung |  | Besserung |  | Gleichbleibend |  | Wechselhaft | | | | | |
|  | | | | |

Bitte senden Sie uns das Formular per Mail an [roentgenologie@vetmeduni.ac.at](mailto:roentgenologie@vetmeduni.ac.at) und/oder geben es dem Besitzer mit.

1 Sollte eine Untersuchung in Narkose durchgeführt werden müssen, bitten wir sie uns ein aktuelles Blutbild (nicht älter als 14 Tage zum Terminzeitpunkt) bis spätestens 3 Tage vor dem vereinbarten Termin per Mail an [roentgenologie@vetmeduni.ac.at](mailto:roentgenologie@vetmeduni.ac.at), zu senden.

|  |
| --- |
| **Großes Suchprofil**:  Leukozyten, Thrombozyten, Erythrozyten, Hämatokrit, Hämoglobin, MCV, MCH, MCHC, Stabkernige rel., Segmentkernige rel., Lymphozyten rel., Monozyten rel., Eosinophile rel., Basophile rel., large unstained cells rel., Lymphoblasten rel., Juvenile rel., CHC  M, MPXI, Stabkernige, Segmentkernige, Lymphozyten, Monozyten, Eosinophile, Basophile, large unstained cells, Lymphblasten, Juvenile; Glukose, Kreatinin, Totalprotein, Albumin, ALT, GLDH, Alkalische Phosphatase, Kalium, Phosphor, RDW, MPV |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  |  | Unterschrift und Stempel des Tierarztes: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Mail-Adresse des Tierarztes: |  |

Anfahrtsplan

**ab Westbahnhof:**

U6 in Richtung Floridsdorf bis Floridsdorf, Straßenbahnlinie 26 in Richtung Oberdorfstraße bis Josef Baumanngasse/Veterinärmedizinische Universität.

**ab Südbahnhof:**

U1 in Richtung Leopoldau bis Kagraner Platz, Straßenbahnlinie 26 in Richtung Strebersdorf bis Josef Baumanngasse/Veterinärmedizinische Universität oder U1 in Richtung Leopoldau bis Kagran, Buslinie 27A bis Veterinärmedizinische Universität.



**mit Schnellbahnen:**

S1 (Richtung Gänserndorf), S2 (Richtung Mistelbach), S3 (Richtung Hollabrunn), S15 (Richtung Floridsdorf) bis Floridsdorf, Straßenbahnlinie 26 in Richtung Oberdorfstraße bis Josef Baumanngasse/Veterinärmedizinische Universität.

**Anreise vom Flughafen Schwechat**

Ein Bus fährt vom Flughafen direkt zur U1-Station Vienna International Center / UNO-City (Fahrzeit ca. 20 Minuten), dann weiter mit der U1 in Richtung Leopoldau bis Kagraner Platz, Straßenbahnlinie 26 in Richtung Edmund Hawranek-Platz bis Josef Baumanngasse/Veterinärmedizinische Universität.