



# ALTERVET

Centre de Physiothérapie et de Médecines Alternatives Vétérinaires

## Formulaire de demande de soins

A compléter par le vétérinaire traitant

Date de la demande : ...../...../.....

Vétérinaire traitant (cachet) :  E-mail: ..... Téléphone: .....	Le patient est-il référé pour : (biffer la mention inutile) - De la rééducation - Un avis en médecines alternatives - Ostéopathie - Phytothérapie - Acupuncture - Homéopathie - Nutrition - Coaching en éducation
--	---

Propriétaire	Patient
Nom + Prénom : ..... Adresse: ..... ..... CP+ Localité..... Tel (GSM)..... E-mail.....	Nom..... Espèce..... Race..... Age/Date de naissance..... Poids .....kg Sexe .....

### Informations relatives au patient et à sa pathologie

Anamnèse:

Traitement médical en cours:

Patient chirurgical (technique utilisée.....)- non chirurgical (biffer la mention inutile)

Antécédents médicaux et condition physique actuelle:

Contre-indications et/ou remarques :

Signature du vétérinaire	Signature du propriétaire
--------------------------	---------------------------