



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..... Poidskg 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
--------------------------	---------------------------