

**КОНТАКТЫ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА:**

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_ Клиника: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_ Почта: \_\_\_\_\_  
Специализация: \_\_\_\_\_

**ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА:**

Ф.И.О. владельца: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_ Почта: \_\_\_\_\_  
Кличка питомца: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Вид:  собака  кошка  другое: \_\_\_\_\_ Пол:  Вес: \_\_\_\_\_  
Порода: \_\_\_\_\_  
Анамнез: \_\_\_\_\_  
Проводимое лечение: \_\_\_\_\_  
Предварительный диагноз: \_\_\_\_\_

**МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ:**

Область исследования: \_\_\_\_\_  
Контрастирование:  да  нет  на усмотрение врача КТ  
Биопсия:  да  нет  на усмотрение врача КТ

Отметьте  
локализацию



Комментарии: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



[ct-vpa.chehov@yandex.ru](mailto:ct-vpa.chehov@yandex.ru)



Режим работы:  
С 9:00 до 20:00



[www.yagnikov.ru](http://www.yagnikov.ru)  
[www.vetproff.ru](http://www.vetproff.ru)