

שם רופא (שם קבוע למרפאה): \_\_\_\_\_ קוד: \_\_\_\_\_

שם לקוח: \_\_\_\_\_

סוג בע"ח:  כלב  חתול  סוס  אחר: \_\_\_\_\_

גיל: \_\_\_\_\_ גזע: \_\_\_\_\_ מין: ז/נ מעוקרת/מסורס: כן/לא  
טיפול תרופתי בשבועיים האחרונים:

אנטיביוטיקה פרט:  גלוקוקורטיקואידים  NSAIDS  פנוברביטל

**\*\*\*לתשומת לבכם – לכל משה נדרש סלייד היסטולוגי נפרד. כל סלייד נוסף כרוך בתשלום\*\*\***

**\*\*\*יש לשלוח את הדגימות בכלים היסטופתולוגיים תקינים בלבד ולוודא שהכלי סגור היטב\*\*\***

מס' משה	מקור	היסטוריה
1		
2		
3		
4		

פרטים רפואיים נוספים:

---



---

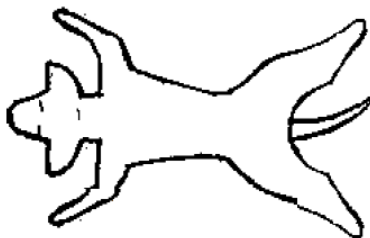


---

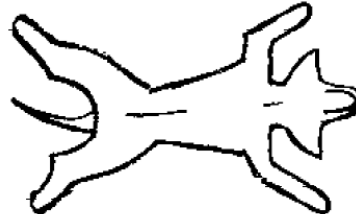


---

DORSAL VIEW



VENTRAL VIEW



אופן התשלום (נא לסמן את הבחירה הרצויה):

בשיק מצורף  במזומן ע"ס \_\_\_\_\_

בכרטיס אשראי מסוג \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_  
תוקף \_\_\_\_\_ / סך: \_\_\_\_\_ ת.ז. של בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ מס' טלפון \_\_\_\_\_

וטרינר בחשבון חודשי (חתימה) \_\_\_\_\_