



STEPHANSMÜHLE
MEDIZINISCHES PFERDEZENTRUM

Untersuchungsauftrag

<i>Frau/Herrn</i> _____ _____ <i>Stall</i> _____ <i>Telefon</i> _____ <i>Für sich und auf eigene Rechnung</i>	ODER	<i>In Vollmacht und auf Rechnung für Frau/Herrn</i> _____ _____ <i>Stall</i> _____ <i>Telefon</i> _____ <i>Gemäß mündll./telef./schriftl. Vollmacht vom</i>
--	-------------	--

Ihre Pferdepraxis wird von mir _____ beauftragt das Pferd
_____ zu untersuchen.

Zweck der Untersuchung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Verkauf des Pferdes | <input type="checkbox"/> Ankauf des Pferdes |
| <input type="checkbox"/> Lahmheitsuntersuchung | <input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung |
| <input type="checkbox"/> Untersuchung für eine Versicherung | <input type="checkbox"/> Endoskopie |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Ort, Datum

Auftraggeber