



Remiss

Remitterande Veterinär

Förnamn

Efternamn

Klinik

E-post Klinik

Telefon Klinik

Fax Klinik

Mobil Klinik/Veterinär

Hästägare

Förnamn

Efternamn

Telefon/Mobilnummer

Adress

Postnummer

Ort



Patient

Namn

Ålder

Ras

Information

Remiss / frågeställning

Önskar remiss svar per:

E-mail Fax Brev

Bifoga eventuella kompletterande handlingar/journaler.

Ifylld remiss sändes till oss via:

Fax: +46 (0)8-510 118 14

E-post: info@brunmala.se

Post: Brunmåla Hästklirik, Frestavägen 6, 187 70 Täby