



## Remiss

---

### Remitterande Veterinär

Förnamn

Efternamn

Klinik

E-post Klinik

Telefon 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  Brev

**Bifoga eventuella kompletterande handlingar/journaler.**

**Ifylld remiss sändes till oss via:**

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

E-post: [info@brunmala.se](mailto:info@brunmala.se)

Post: Brunmåla Hästklunik, Frestavägen 6, 187 70 Täby