

FEUILLE DE SOINS CHIENS/CHATS

VOTRE N° DE CONTRAT :

VOTRE N° DE DOSSIER SINISTRÉ :

et/ou

01 A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE

Nom du propriétaire :

Nom de l'animal :

N° d'identification :

MOTIF DE LA CONSULTATION

Référé 1ère visite pour ce problème **urgence**

Accident Survenu le :

Maladie Date d'apparition des 1ers symptômes :

Visite de suivi Date des visites antérieures liées à ce problème :

Commentaires :

HYPOTHESE(S) DIAGNOSTIQUE(S)

Aigu Chronique

Commentaires :

FRAIS ENGAGES ET PAYES PAR LE PROPRIETAIRE AU VETERINAIRE

	A COCHER	OBSERVATIONS - PRÉCISIONS - COMMENTAIRES			MONTANT TTC
A - Consultations	<input type="checkbox"/>	Dates :			A -
B - Injection(s)	<input type="checkbox"/>				B -
C - Analyses complémentaires	<input type="checkbox"/>	Natures des analyses :			C -
D - Radiographies/Echographies	<input type="checkbox"/>				D -
E - Hospitalisations	<input type="checkbox"/>	Nombres de jours :			E -
F - Anesthésie	<input type="checkbox"/>				F -
G - Chirurgie/Soins divers	<input type="checkbox"/>	Nature de l'acte:			G -
H - Médicaments fournis par le vétérinaire	NOM DÉPOSÉ		QUANTITÉ	Montant TTC	H -
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TOTAL PAYÉ					€

Je soussigné (e), vétérinaire, certifie l'exactitude des informations fournies ci dessus.

Fait à :

le :

Tampon du vétérinaire
(indispensable) :

Signature du
vétérinaire :

02 A REMPLIR PAR LE PHARMACIEN OU LE LABORATOIRE D'ANALYSES

Total des dépenses :

Fait à :

le :

Merci de joindre les documents ci-dessous :

- l'original de l'ordonnance** du vétérinaire
- l'original de la facture** du pharmacien et/ou du laboratoire
- les vignettes** des médicaments à coller sur cette feuille de soins.

Tampon du pharmacien
ou du laboratoire
(indispensable)

Merci de bien vouloir coller les vignettes ci-dessous :