

Registrazione Nuovo Paziente Animale Domestico

Registrazione completa del nuovo paziente per cliniche veterinarie con anamnesi medica completa e storia vaccinale

Informazioni del Cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo Email *

Numero di Telefono *

Data di Nascita *

GG / MM / AAAA

Informazioni sull'Animale

Nome dell'Animale *

Specie *

- ☐ Cane ☐ Gatto ☐ Uccello
☐ Coniglio ☐ Rettile ☐ Altro

Razza *

Colore/Marcature

Data di Nascita (o approssimativa) *

GG / MM / AAAA

Sesso *

- ☐ Maschio (Intero) ☐ Maschio (Castrato) ☐ Femmina (Intera)
☐ Femmina (Sterilizzata)

Peso Attuale (lbs) *

Il tuo animale ha un microchip?

- ☐ Sì ☐ No ☐ Sconosciuto

Numero Microchip (se noto)

Anamnesi dell'Animale

Da dove proviene il tuo animale?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Allevatore | ☐ Rifugio/Associazione di Soccorso | ☐ Negozio di Animali |
| ☐ Amico/Famiglia | ☐ Trovato/Randagio | ☐ Altro |

Veterinario/Clinica Precedente

Telefono Veterinario Precedente

Possiamo richiedere i tuoi documenti medici al veterinario precedente?

- ☐ Sì ☐ No

Storia Vaccinale

La vaccinazione antirabbica è aggiornata? *

- ☐ Sì ☐ No ☐ Sconosciuto

Data dell'Ultima Vaccinazione Antirabbica

GG / MM / AAAA

I vaccini essenziali sono aggiornati? (DHPP per cani, FVRCP per gatti) *

- ☐ Sì ☐ No ☐ Sconosciuto

La vaccinazione Bordetella (tosse dei canili) è aggiornata? (cani)

- ☐ Sì ☐ No ☐ N/A — Gatto

Il tuo animale è in profilassi per la filaria cardiaca? *

- ☐ Sì ☐ No

Il tuo animale è in profilassi per pulci/zecche? *

- ☐ Sì ☐ No

Anamnesi Medica

Al tuo animale è stata diagnosticata una delle seguenti condizioni?

- | | |
|--|--|
| ☐ Allergie (alimentari, ambientali o cutanee) | ☐ Artrite/Problemi articolari |
| ☐ Malattia cardiaca | ☐ Malattia renale |
| ☐ Malattia epatica | ☐ Diabete |
| ☐ Convulsioni/Epilessia | ☐ Cancro |
| ☐ Disturbo tiroideo | ☐ Nessuna delle precedenti |

Fornisci dettagli per le condizioni sopra elencate

Farmaci e Integratori Attuali

Allergie Note (farmaci, alimenti)

Interventi Chirurgici Precedenti o Ricoveri

Dieta Attuale/Marca di Alimento

Informazioni Comportamentali

Il tuo animale ha mai morso o tentato di mordere una persona o un altro animale? *

☐ Sì ☐ No

Se sì, descrivi

Il tuo animale sperimenta ansia dal veterinario?

- ☐ No — calmo
- ☐ Lieve — nervoso ma gestibile
- ☐ Moderato — potrebbe necessitare di contenzione delicata
- ☐ Grave — potrebbe necessitare di sedazione

Assicurazione Animale

Il tuo animale ha un'assicurazione?

☐ Sì ☐ No

Compagnia Assicurativa

Numero di Polizza

Consenso e Firma

Certifico che le informazioni sopra riportate sono accurate e complete. Autorizzare il team veterinario a fornire cure mediche al mio animale. Concordo nel mantenere aggiornati i certificati di vaccinazione e informare la clinica di qualsiasi cambiamento nella salute del mio animale.

Confermo di aver letto e compreso le informazioni sopra riportate e do il mio consenso informato.

Ho letto e compreso le informazioni sopra riportate: _____

Firma

Data

Stampa il nome

Data *

GG / MM / AAAA

Questo modulo è stato fornito gratuitamente da Consentify

Consentify trasforma moduli come questo in consenso digitale che i tuoi clienti firmano direttamente dal loro telefono tramite codice QR — con PDF automatici, flag di controindicazioni e archiviazione crittografata. Piano gratuito disponibile su <https://getconsentify.com>.

Solo modello. Rivedi con il tuo professionista autorizzato o consulente legale prima dell'uso; i requisiti variano a seconda della giurisdizione e della pratica.