

Rejestracja Nowego Pacjenta Zwierzęcia

Kompleksowa rejestracja nowego pacjenta dla klinik weterynaryjnych z pełną historią medyczną i szczepień

Informacje o Właścicielu

Imię *

Nazwisko *

Adres E-mail *

Numer Telefonu *

Data Urodzenia *

DD / MM / RRRR

Informacje o Zwierzęciu

Imię Zwierzęcia *

Gatunek *

- ☐ Pies ☐ Kot ☐ Ptak
☐ Królik ☐ Gad ☐ Inne

Rasa *

Umaszczenie/Oznaki

Data Urodzenia (lub przybliżona) *

DD / MM / RRRR

Płeć *

- ☐ Samiec (Niekastrowany) ☐ Samiec (Wykastrowany) ☐ Samica (Niejałowa)
☐ Samica (Wyjaławiona)

Obecna Waga (lbs) *

Czy Twoje zwierzę ma czip elektroniczny?

- ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

Numer Czipa (jeśli znany)

Historia Zwierzęcia

Skąd pochodzi Twoje zwierzę?

- | | |
|--|---|
| ☐ Hodowca | ☐ Schronisko/Organizacja ratunkowa |
| ☐ Sklep zoologiczny | ☐ Znany/Rodzina |
| ☐ Znalezione/Bezdomne | ☐ Inne |

Poprzednia Klinika Weterynaryjna

Telefon do Poprzedniego Weterynarza

Czy możemy poprosić Twoją dokumentację medyczną od poprzedniego weterynarza?

- ☐ Tak ☐ Nie

Historia Szczepień

Czy szczepienie przeciw wściekliźnie jest aktualne? *

- ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

Data Ostatniego Szczepienia Przeciw Wściekliźnie

DD / MM / RRRR

Czy szczepienia podstawowe są aktualne? (DHPP dla psów, FVRCP dla kotów) *

- ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

Czy szczepienie przeciw kaszlowi psów (bordetella) jest aktualne? (psy)

- ☐ Tak ☐ Nie ☐ N/A — Kot

Czy Twoje zwierzę stosuje profilaktykę przeciwko heartwormom? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy Twoje zwierzę stosuje profilaktykę przeciwko pchłom i kleszczom? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Historia Medyczna

Czy Twoje zwierzę ma zdiagnozowaną którąś z następujących chorób?

- | | |
|---|--|
| ☐ Alergie (pokarmowe, środowiskowe lub skórne) | ☐ Artretyzm / Problemy ze stawami |
| ☐ Choroba serca | ☐ Choroba nerek |
| ☐ Choroba wątroby | ☐ Cukrzyca |
| ☐ Napady drgawek / Epilepsja | ☐ Nowotwór |
| ☐ Zaburzenie tarczycy | ☐ Żadne z powyższych |

Proszę podać szczegóły dotyczące powyższych schorzeń

Bieżące Leki i Suplementy

Znane Alergie (leki, pokarmy)

Poprzednie Operacje lub Hospitalizacje

Bieżąca Dieta / Marka Karmy

Informacje o Zachowaniu

Czy Twoje zwierzę kiedykolwiek ugryzło lub próbowało ugryźć osobę lub inne zwierzę? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, proszę opisać

Czy Twoje zwierzę doświadcza lęku u weterynarza?

- ☐ Nie — spokojne
- ☐ Lekkie — zdenerwowane, ale do opanowania
- ☐ Umiarkowane — może wymagać delikatnego przytrzymania
- ☐ Poważne — może wymagać uspokojenia

Ubezpieczenie Zwierzęcia

Czy Twoje zwierzę ma ubezpieczenie?

☐ Tak ☐ Nie

Dostawca Ubezpieczenia

Numer Polisy

Zgoda i Podpis

Potwierdzam, że powyższe informacje są dokładne i kompletne. Upoważniam zespół weterynaryjny do udzielenia opieki medycznej mojemu zwierzęciu. Zgadzam się utrzymywać aktualne certyfikaty szczepień i informować klinikę o wszelkich zmianach stanu zdrowia mojego zwierzęcia.

Potwierdzam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe informacje i daję świadomą zgodę.

Przeczytałem/am i rozumiem powyższe informacje: _____

Podpis

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twój klient podpisują na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfrowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.