

Dags: _____



INNTRITUN

Um dýrið:

Nafn: _____

Karlkyn Kvenkyn

Aldur: _____

Tegund: _____

Þyngd (fyrir hunda): _____ kg

Um eiganda/umráðamann:

Settu nafn þess sem er skráður fyrir reikning dýrsins hjá spítalanum.

Nafn: _____

Kennitala: _____

Við hringjum í þetta númer:

Sími: _____

Hvað á að gera fyrir dýrið í dag? _____

- Viltu láta klippa klær dýrsins (kr. 520.-)? Já Nei
- Ef dýrið er 7 ára+ mælum við með blóðprufu til að kanna ástand á nýrum, lifur, blóðsykri, próteini, kalki og kólesteróli (kr. 15.300). Má bjóða þér slíka blóðprufu? Já Nei
- Er dýrið þitt búið að gera þarfir sínar í dag? Kúka Pissa Nei
- Er dýrið fastandi frá miðnætti? Já Nei

Hvar ertu með gæludýratryggingu?

VÍS Sjóvá Vörður Tryggingamiðstöðin (TM) Er ekki með tryggingu

Dýrið mitt er ótryggt en ég vil fá tryggingaskoðun (50% afsláttur, kr. 4.090.-) hjá:

VÍS Sjóvá Vörður Tryggingamiðstöðin (TM)

- Hefur dýrið einhverja sjúkdóma? Nei Já. Hvaða? _____
- Hefur dýrið lyfja- eða fóðurofnæmi? Nei Já. Hvaða? _____
- Er dýrið á lyfjum? Nei Já. Hvaða? _____
- Hvaða hlutir fylgja dýrinu þínu í dag? _____
- Er búið að taka dýrið úr sambandi/gelda dýrið? Nei Já
- (Aðeins fyrir tíkur) Ef nei, hvenær lóðaði tíkin síðast? _____
- Á hvaða fóðri er dýrið? _____
- Megum við setja myndir og sögur af dýrinu þínu á **instagram** og **facebook**? Já Nei

Dags: _____

Nafn dýrs:					Ástæða innlagnar:							
Nafn eiganda:												
Dýralæknir:												
Aldur:			Tegund:			Þyngd:			Litur:			

Kl:	08:00	8:30	9:00	9:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	13:00	14:00	15:00
-----	-------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Lyfjagjöf - Magn&leið (SC, IC, IM, PO)												

Sýni sem þarf að taka:

Biochem		Haem		Þvag		Hægðir		Annað	
---------	--	------	--	------	--	--------	--	-------	--

Meðhöndlun/Plan:									Kl.	Lokið	Starfsm.

Athuganir og annað (hitastig, þvag, hægðir, matur, vökvi o.fl)

Kl:	Athugasemd:	Starfsm.

Heildar-magn	Lyf heim/styrkleiki:	Magn:	Hversu oft á dag	Dagafjöldi:	Byrja:
					<input type="checkbox"/> Í kvöld <input type="checkbox"/> Á morgun
					<input type="checkbox"/> Í kvöld <input type="checkbox"/> Á morgun
					<input type="checkbox"/> Í kvöld <input type="checkbox"/> Á morgun
					<input type="checkbox"/> Í kvöld <input type="checkbox"/> Á morgun