



**Dolbia**  
CENTRUM REHABILITACJI ZWIERZĄT

**SKIEROWANIE NA ZABIEGI  
FIZJOTERAPEUTYCZNE**

Klient \_\_\_\_\_ Pacjent \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Rasa \_\_\_\_\_ Płeć \_\_\_\_\_ Wiek \_\_\_\_\_ Waga \_\_\_\_\_

Lekarz kierujący/Klinika: \_\_\_\_\_

Stan kliniczny: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Choroby przewlekłe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wskazówki/środki ostrożności: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Podpis lekarza weterynarii \_\_\_\_\_