

CYTOLISA® Anamnesebogen

CYTOLISA® NAHRUNGSMITTEL-IMMUNPROFIL

Bitte deutlich ankreuzen bzw. in Druckbuchstaben ausfüllen oder bedrucken!

TIERHALTER & TIER

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Name und Geburtsdatum des Tieres

Hund Katze Pferd

Praxisstempel und Unterschrift

E-Mail der Praxis

Datum der Blutentnahme

INTERN

Verm.-Nummer

Berechnung

Eingelesen

Befundung

Bitte beachten Sie, dass von einer Testdurchführung während oder direkt nach einem Infekt dringend abzuraten ist.

TEST UND ZAHLUNGSMODALITÄT

Hiermit bitte ich Sie für mein Tier um die Durchführung des folgenden CYTOLISA® Tier Test:

CYTOLISA® Canine (Hund) 22

Nahrungsmittel-Immunprofil
auf 22 Lebensmittel laut Testverzeichnis

zum Preis von **39,50 €** inkl. MwSt.

CYTOLISA® Canine (Hund) 44

Nahrungsmittel-Immunprofil
auf 44 Lebensmittel laut Testverzeichnis

zum Preis von **79,00 €** inkl. MwSt.

CYTOLISA® Equus (Pferd) 22

Nahrungsmittel-Immunprofil
auf 22 Lebensmittel laut Testverzeichnis

zum Preis von **39,50 €** inkl. MwSt.

CYTOLISA® CAT (Katze) 22

Nahrungsmittel-Immunprofil
auf 22 Lebensmittel laut Testverzeichnis

zum Preis von **39,50 €** inkl. MwSt.

CYTOLISA® CAT (Katze) 44

Nahrungsmittel-Immunprofil
auf 44 Lebensmittel laut Testverzeichnis

zum Preis von **79,00 €** inkl. MwSt.

Erklärung des Tierhalters:

Ich wünsche die oben angegebene Untersuchung für mein Tier im Rahmen einer Diagnostik im ganzheitlich erweiterten Spektrum als

individuelle Gesundheitsleistung. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der Angaben und die Zahlung der Rechnung für die o.a. Untersuchung.

.....
(Datum, Unterschrift des Tierhalters) Die Liquidation erfolgt mit der Tierarztpraxis.

1. Bekommt Ihr Tier regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche

2. Was füttern Sie als Hauptmahlzeiten?

.....

3. Wie verhält Ihr Tier sich beim Fressen?

- es schlingt das Essen hinunter ganz ruhig
 es knurrt beim Fressen es geht zögerlich heran
 es verliert die Hälfte, alles fällt aus dem Maul

4. Frisst es immer alles auf? Ja Nein

5. Falls nein, lassen Sie das Futter stehen? Ja Nein

6. Bekommt Ihr Tier Knabberartikel/Leckerchen? Ja Nein

Rasse/Mix: Geschlecht:

Grund des Tests:

Bitte kreuzen Sie an,
unter welchen Erkrankungen Ihr Tier leidet:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> chronisch | <input type="radio"/> akut |
| <input type="radio"/> Magen/Darm | <input type="radio"/> Haut |
| <input type="radio"/> Atmung/Lunge/Asthma | <input type="radio"/> Übergewicht/Untergewicht |
| <input type="radio"/> Haarausfall | <input type="radio"/> nervöse Störungen |
| <input type="radio"/> Schmerzen im Skelett | <input type="radio"/> Schmerzen der Muskulatur |
| <input type="radio"/> Zittern | <input type="radio"/> Krebs |
| <input type="radio"/> Schwellungen | <input type="radio"/> Durchfall |

FÜR RÜCKFRAGEN UND INFORMATIONEN KONTAKTIEREN SIE UNS BITTE UNTER:

CYTO Labor- und Vertriebs- GmbH
Ortsstraße 22 . 35423 Lich
Tel. 06404 /90 437 . Fax 06404 /90458
info@cytolabor.de . www.cytolabor.de

