



نموذج تسجيل

Today's date:	File No.:	
معلومات المالك		
اسم العائلة	اسم الأب	الاسم الأول
العنوان:	المدينة:	الرمز البريدي:
هاتف المنزل:	هاتف العمل:	النقال/الجوال:
البريد الإلكتروني:		
كيف عرفت عنا؟		
<input type="checkbox"/> طبيب بيطري د. <input type="checkbox"/> صديق/عميل آخر <input type="checkbox"/> لوحة المستشفى <input type="checkbox"/> بحث في الانترنت <input type="checkbox"/> الموقع الإلكتروني		
إذا كان عن طريق صديق/عميل آخر, فضلا كتابة بيانات الاتصال لشكره/لشكرها.		
الاسم الكامل:	رقم الجوال:	البريد الإلكتروني:

معلومات الحيوان		
اسم الحيوان:	العمر:	تاريخ الميلاد:
النوع: <input type="checkbox"/> كلب <input type="checkbox"/> قطة <input type="checkbox"/> طائر <input type="checkbox"/> أرنب <input type="checkbox"/> هامستر <input type="checkbox"/> أخرى		
إذا اخترت أخرى فضلا كتابة نوع الحيوان هنا:		
الجنس:	هل الحيوان مخصي, أو تم إزالة المبايض للأنثى؟	الفصيلة:
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم	اللون:
هل يتناول حيوانك/طائرناك أي أدوية أو علاجات حالياً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم		
إذا كانت الإجابة نعم, فضلا كتابة ما هي الأدوية:		
هل لدى حيوانك حساسية لأي دواء؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
إذا كانت الإجابة نعم, فضلا اشرح:		
هل سبق أن تعرض حيوانك لأي أعراض جانبية من أدوية التخدير العام؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
أقر بأن كل المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة على حسب علمي. و إنه معلوم لدي أنني مسئول ماليًا لتسديد كافة تكاليف الخدمات المقدمة لي في وقت تقديمها.		
توقيع العميل/صاحب الحيوان		التاريخ