

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN OPHTALMOLOGIE**  
**(à remplir par le vétérinaire traitant) :**

**Date :**

**VETERINAIRE PRESCRIPTEUR :**

Adresse mail (pour le compte-rendu) :

Numéro de téléphone :

**PATIENT :**

Motif principal de consultation :

Renseignements cliniques (commémoratifs, examens, traitements) :

Antécédents, pathologies ou traitement en cours :

**J'adresse mon patient chez le Dr Lengellé Cloé :**

Chaussée de Wavre, 9 (sur la N4)

1457 Walhain

*Ne pas utiliser de GPS, utiliser Google Maps ou Waze !*

**Prendre rendez-vous au 0477/43.50.97**