



HARMONOGRAM PODAWANIA LEKÓW

Nazwa leku:

Dawkowanie:

	poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela
rano							
po południu							
wieczorem							


Obserwacje:



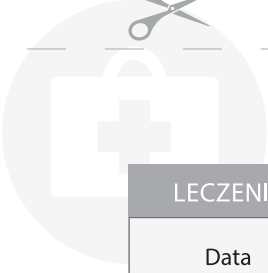
Zeskanuj kod, aby pobrać
więcej kart do samodzielnego
wydrukowania.



KONTROLA WAGI

Wiek / Data badania	Waga
	





LECZENIE

Data	Diagnoza	Stosowany lek	Instrukcja podania





ODROBACZANIE

Data podania preparatu

Data następnego odrobaczania

Podpis i pieczęć

Data podania preparatu

Data następnego odrobaczania

Podpis i pieczęć

Data podania preparatu

Data następnego odrobaczania

Podpis i pieczęć

Data podania preparatu

Data następnego odrobaczania

Podpis i pieczęć



Zeskanuj kod, aby pobrać
więcej kart do samodzielnego
wydrukowania.



OKRESOWE BADANIA KONTROLNE

- Zęby
- Uszy
- Oczy

- Skóra
- Serce
- Prostata / gruczoły mlekowe

- Mocz
- Krew

Notatki

Podpis i pieczętka lekarza weterynarii

Data badania

Data następnego badania

- Zęby
- Uszy
- Oczy

- Skóra
- Serce
- Prostata / gruczoły mlekowe

- Mocz
- Krew

Notatki

Podpis i pieczętka lekarza weterynarii

Data badania

Data następnego badania

- Zęby
- Uszy
- Oczy

- Skóra
- Serce
- Prostata / gruczoły mlekowe

- Mocz
- Krew

Notatki

Podpis i pieczętka lekarza weterynarii

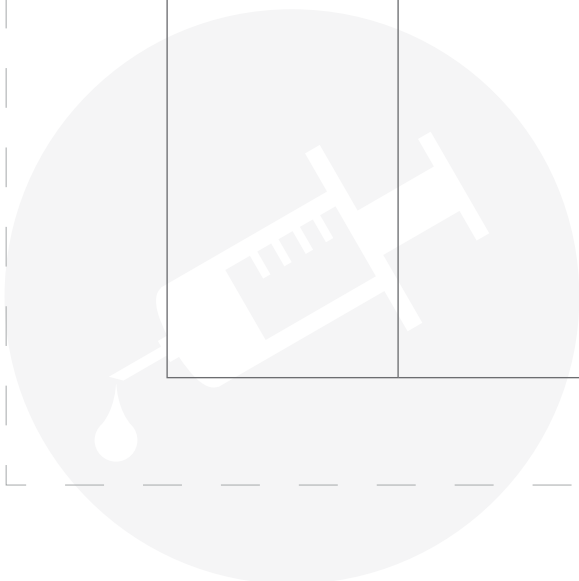
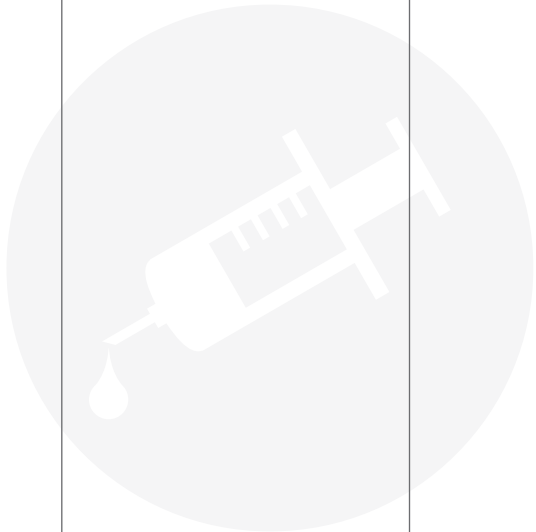
Data badania

Data następnego badania



PRZEBYTE ZABIEGI

Data	Rodzaj zabiegu	Stosowane leki po zabiegu



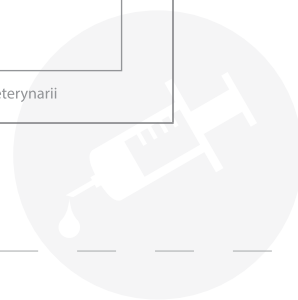
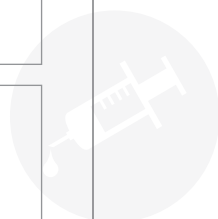
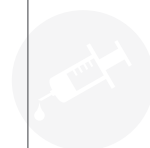


SZCZEPIENIA / GŁÓWNE CHOROBY ZAKAŻNE

Parwoviroza	<input type="checkbox"/>	
Nosówka	<input type="checkbox"/>	
Zakaźne zapalenie wątroby	<input type="checkbox"/>	
Leptospiroza	<input type="checkbox"/>	
Kaszel psi	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	
_____	_____	
Data szczepienia	Data następnego szczepienia	

Parwoviroza	<input type="checkbox"/>	
Nosówka	<input type="checkbox"/>	
Zakaźne zapalenie wątroby	<input type="checkbox"/>	
Leptospiroza	<input type="checkbox"/>	
Kaszel psi	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	
_____	_____	
Data szczepienia	Data następnego szczepienia	

Parwoviroza	<input type="checkbox"/>	
Nosówka	<input type="checkbox"/>	
Zakaźne zapalenie wątroby	<input type="checkbox"/>	
Leptospiroza	<input type="checkbox"/>	
Kaszel psi	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	
_____	_____	
Data szczepienia	Data następnego szczepienia	





ZALECENIA LEKARSKIE

Data	

