

Nome e Cognome del proprietario	
Indirizzo e firma del proprietario, solo se intestatario della fattura	
Indirizzo	
C.A.P., località, provincia	
Codice fiscale	
Firma del proprietario *	
Numero tel.	Indirizzo email

INFORMAZIONE

*Le fatture saranno inviate al proprietario dell'animale solo se: (a) il veterinario fornisce l'indirizzo completo del proprietario dell'animale; e (b) il proprietario dell'animale acconsente alla fatturazione al proprietario firmando il presente modulo dove indicato.

Dichiara, inoltre, di avere preso visione dell'Informativa privacy disponibile sul sito web www.idexx.com/privacy e, a tale riguardo, acconsente ai sensi dell'Articolo 23 del D. Lgs. n. 196/2003 all'elaborazione, archiviazione e trattamento dei suoi dati personali da parte di IDEXX Laboratories Italia S.r.l.

**Fatturazione al proprietario dell'animale: completando la sezione "Proprietario dell'animale" sopra e firmando di seguito, e in conformità con i Termini IDEXX, il veterinario conferma che: (a) il veterinario assegna a IDEXX il suo credito al proprietario dell'animale per i costi dei/i test come stabilito nel presente modulo; (b) il veterinario è responsabile del pagamento a IDEXX dei costi assegnati se il proprietario dell'animale non paga tali costi per qualsiasi motivo; e (c) il veterinario ha informato il proprietario dell'animale dei termini e delle condizioni applicabili al proprietario dell'animale nei Termini IDEXX.

IDEXX

IDEXX Laboratorio di riferimento

Vet Med Labor GmbH

Humboldtstraße 2

D-70806 Kornwestheim - Germany

Tel. 02 87 10 36 76 opz. 1

laboratorioitalia@idexx.comwww.idexx.it

Puoi trovare l'elenco degli
esami aggiornato e completo su:
vetconnectplus.it

BARCODE	PATIENT INFORMATION
	☐ Dog ☐ Male ☐ Cat ☐ Female ☐ Rabbit ☐ Spayed ☐ Horse When?
	☐
INTERNAL FIELD	Owner's Name
	Pet's Name
	Breed
	Age

OCULAR HISTOLOGY

IT

PRACTICE STAMP

Con l'invio del presente modulo, accetto i termini e le condizioni IDEXX disponibili all'indirizzo www.idexx.com („Termini IDEXX“) e autorizzo IDEXX a eseguire il/i test selezionati in base ai Termini IDEXX e al listino prezzi in vigore.

IDEXX considera molto importante gestire i dati personali nel modo più conforme possibile alla legge vigente, per questo ha adottato la [privacy policy](http://www.idexx.com/privacy) che potete leggere sul sito web www.idexx.com/privacy

EXAM

- ☐ HISTOC Patologie globo oculare (diametro ≤ 2.5 cm)
- ☐ HISTOCL Patologie globo oculare (diametro > 2.5 cm)
- ☐ HISTU Parts of ocular or periocular tissue

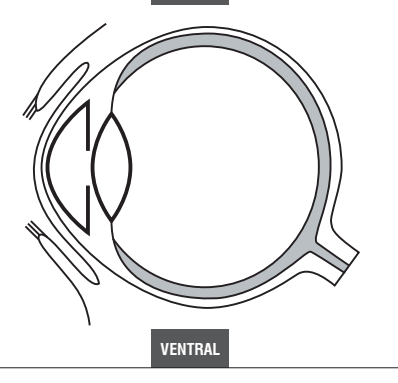
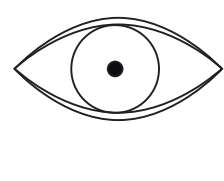
MATERIAL

Sample sent	☐ Globe	☐ Evisceration
	☐ Other:	
Anatomical location of lesion:		
Number of lesions:	☐ Right eye	☐ Left eye
Glaucoma present:	☐ Yes	☐ No
Metastasis present:	☐ Yes	☐ No
Iris color:		
CLINICAL HISTORY		
Clinical signs:		
Progression of lesion:		
Duration of lesion:		
Other eye also affected?	☐ Yes	☐ No
Recurrence:	☐ Yes	☐ No
Clinical diagnosis / suspicion:		

OTHER EXAMS:

TREATMENT:

Indicate lesion locations

ROSTRAL		CAUDAL
OD		OS

09-0018224-03 2025-V1