

**Bitte vollständig ausfüllen und zur Untersuchung mitbringen!**  
**AUFNAHMEBLATT Ordination Prim. Dr. Wiesinger**

---

Führerschein-/  
Personalausweisnummer:

---

Nachname: Vorname:

---

Straße/Nr.:

---

PLZ: Ort:

---

Telefonnummer:

---

erlernter Beruf:

---

zuletzt ausgeübter Beruf:

---

Dienstgeber:  
Krankenkasse/  
Sozialversicherungsnummer:

---

Geburtsdatum:

---

Krankenstand von - bis:

---

Rehabilitationsaufenthalte (wo, von-bis):

---

physikalische Therapie (wo, von-bis):

---

Körpergröße (cm) und Gewicht (kg):

---

Rechtshänder  Linkshänder  (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

---

Schadennummer:  
(nicht auszufüllen)

---

Polizzenummer:  
(nicht auszufüllen)

---

anwesend am:  
(nicht auszufüllen)