

# AUFNAHMEBLATT Ordination Prim. Dr. Wiesinger

Führerschein- oder Personalausweisnummer:

Nachname:

Vorname:

Straße/Nr.:

PLZ:

Ort:

Telefonnummer:

erlernter Beruf:

zuletzt ausgeübter Beruf:

Dienstgeber:

Krankenkasse und Sozialversicherungsnummer:

Geburtsdatum:

Krankenstand von - bis:

Rehabilitationsaufenthalte (wo, von-bis):

physikalische Therapie (wo, von-bis):

Körpergröße (cm) und Gewicht (kg):

Rechtshänder  Linkshänder  (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Schadenummer:

(nicht auszufüllen)

Polizzenummer:

(nicht auszufüllen)

anwesend am:

(nicht auszufüllen)