

PATIENTENDATENBLATT

Name :

Versicherungsnummer, Geburtsdatum :

Krankenkasse:

Zusatzversicherung:

Wohnadresse:

PLZ:

Telefonnummer :

E-Mailadresse :

Allergien:

Allgemeine Erkrankungen:

Medikamente:

Besonderes:

Auf Frau Dr. Wimpissinger aufmerksam geworden durch:

Erklärung: Ich wurde darüber informiert, dass ich nach der stattgefundenen Untersuchung bzw. mit verbundenem Auge nicht berechtigt bin ein Kraftfahrzeug zu lenken.

Datum:

Unterschrift: