

**Dr. Christine Susanne Rabe**

**WMVP Rechtsanwälte**

Osterstraße 1, 30159 Hannover

Telefon: 0511-2609180 Telefax: 0511-26091810

E-Mail:

[rabe@wmpv.de](mailto:rabe@wmpv.de)

---



## Notizen

**Nehmen Sie diesen Bogen mit zu Dr. Christine Susanne Rabel!**

Schreiben Sie hier alle wichtigen Daten für Ihren Termin vor Ort zur Vorbereitung auf.

Ihre Adressierung:

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Termin vereinbart am: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

**Sind Sie rechtsschutzversichert?** Ja / Nein

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Ihre Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

---

**Darstellung Ihres Problems:**

---

---

---

---

---

---

**Sonstige Notizen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---