



**Dr. Albrecht Nehls**

**Strunk Kolaschnik Partnerschaft**

**Neuer Wall 11, 20354 Hamburg**

Telefon: 040-8222420 Telefax: 040-822242242

E-Mail:

[office@strunk-kolaschnik.de](mailto:office@strunk-kolaschnik.de)

---



## Notizen

**Nehmen Sie diesen Bogen mit zu Dr. Albrecht Nehls!**

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:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---