



## **Dr. Jörn Michels**

**Bogenstr. 68, 47799 Krefeld**

Telefon: 02151 / 781600 Telefax: 02151 / 7816010

E-Mail: [dr.michels@dr.michels-krefeld.de](mailto:dr.michels@dr.michels-krefeld.de)

---



## Notizen

**Nehmen Sie diesen Bogen mit zu Dr. Jörn Michels!**

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:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---