

## **Dr. Kyrill Makoski**

**Breite Str. 69 / Neuer Stahlhof , 40213 Düsseldorf**

Telefon: (0211) 7584880

---

**Fachanwaltschaften:**

- Medizinrecht

**Korrespondenzsprachen:**

- Deutsch

---

## Notizen

**Nehmen Sie diesen Bogen mit zu Dr. Kyrill Makoski!**

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:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---