



# Praxis Dr. Dr. R. LIEBERUM und KOLLEGEN

Löhrstraße 64a  
56068 Koblenz

Telefon 0261 / 34555  
Telefax 0261 / 35552

www.praxis-lieberum.de  
e-mail: info@praxis-lieberum.de

---

## Anmeldung

Patienten, die neu in Behandlung treten, werden gebeten, folgende Angaben zu machen:  
- Angaben bitte in Blockschrift eintragen -

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Name  
des Patienten \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Name des  
Hauptversicherten  
familienversichert? \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Anschrift/Patient  
Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Überweisender  
Arzt/Zahnarzt \_\_\_\_\_