

Anmeldung

Kurs: Yoga für Schwangere

vom _____ bis _____

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Telefonnummer _____

Mobilnummer _____

E-Mail Adresse _____

Errechneter Termin _____

Vorausgegangene
Schwangerschaften/ Geburten _____

Yogavorerfahrung ja / nein _____

Name der Krankenkasse _____

**Klinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe**
Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. med. K. G. Noé

Standortleiter
Dr. Michael Anapolski

Dr.-Geldmacher-Straße 20
41540 Dormagen

Sekretariat
Frau Mohrs
Telefon +49 2133 66-2601
Telefax +49 2133 66-2603
frauenheilkunde.do@rheinlandklinikum.de

**Ausbildungszentrum der
Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische
Endoskopie**

Endometriosezentrum

**Gynäkologische und Geburtshilfliche
Sprechstunden**

Brustultraschall-Spezialsprechstunde
Dr. med. R. Gentz
DEGUM Stufe II für Brustultraschall
Telefon 02133 66 2898

Anmeldung zur Geburt
nach telefonischer Absprache
Telefon 02133 66 2690

Hiermit melde ich mich verbindlich zum oben genannten Kurs an.
Mit den Teilnahmebedingungen bin ich einverstanden.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____