
(Vorname Name)

(Straße Hausnummer)

(Postleitzahl Ort)

(Telefonnummer mit Vorwahl)

Herrn
Dr. med. Thomas N. Herr
Am Michaelsberg 15
79359 Riegel a. K.

(Ort, Datum)

Schriftlicher Leistungsauftrag

Hiermit beauftrage ich den im Adressfeld genannten Arzt Dr. med. Thomas N. Herr mich zum Thema

„DIAGNOSTIK-THERAPIE-BEWERTUNG“

(kurze Schilderung der Problematik)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> allgemein zu beraten | <input type="checkbox"/> die bisherige Diagnostik zu bewerten |
| <input type="checkbox"/> die bisherige Therapie zu bewerten | <input type="checkbox"/> mir entsprechende Kliniken zu nennen |
| <input type="checkbox"/> mir entsprechende Fachärzte zu nennen | <input type="checkbox"/> mir alternative Heilmethoden aufzuzeigen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> mir die beigefügten Befunde so zu erklären, dass ich sie verstehe |

Mit den auf der Webseite <https://www.service-der-patienten.de> festgelegten **Vertragsbedingungen** sowie mit dem Honorar für Telefonate und Gespräche sowie Befund- und Aktenstudium, Literaturrecherche u. ä. in Höhe von EUR 120,00 (Preis pro Stunde [60 Minuten] im 15-Minuten-Takt), für schriftliche Äußerungen, Eingaben an Dritte etc. – je nach Aufwand – in Höhe von EUR 160,00 (Preis pro Stunde [60 Minuten], dem Porto für die Rücksendung meiner Krankenunterlagen per Einwurf-Einschreiben und der bei Zustandekommen des Vertrages zu verrechnenden Sofortüberweisung in Höhe von EUR 150,00 – jeweils zuzügl. MWSt. – auf das Konto IBAN: DE09 6635 0036 0018 7188 19 bei der Sparkasse Kraichgau, BIC: BRUSDE66XXX **bin ich einverstanden.**

(Vorname/n)

(Name)

(Geburtsdatum)

(Erkrankung/-en – akut, chronisch)

(bisherige Maßnahmen)

(Beginn – Monat/Jahr – der Erkrankung/-en)

(Ort [Praxis, Klinik] dieser Maßnahmen)

(Grund der Anfrage)

(Ort, Datum, rechtsverbindliche Unterschrift)