

---

(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

### „HILFE VON ÄRZTEKAMMERN“

---

(kurze Schilderung der Problematik)

- allgemein zu beraten
- die Funktion der Ärztekammern zu erläutern
- die jeweiligen Maßnahmen zu nennen
- das Ergebnis der Hilfe durch eine Kammer abzuschätzen
- in meinem Namen die entsprechende Ärztekammer zu kontaktieren, um .....

**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)