(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

An die

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(jeweilige Versicherung anführen)

 Ort, Datum

**Ärztlicher Befundbericht für**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Name des Versicherungsnehmers)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich wurde Ihrerseits mit der Ausfertigung eines Befundberichtes für Ihren oben genannten Versicherungsnehmer beauftragt.

Da es aus rechtlichen Gründen nicht möglich ist, ohne vorherige Untersuchung den von Ihnen gewünschten Befundbericht auszufertigen, ersuche ich Sie, für die von mir erbrachte ärztliche Leistung eine verbindliche Honorarzusage in der Höhe von € \_\_\_\_\_ zu geben.

Nach schriftlicher Bestätigung Ihrerseits erhalten Sie den gewünschten Bericht.

Hochachtungsvoll

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arztstempel und Unterschrift