

**Allgemeine Fragen zu Ihrer Person** Herr  Frau

Titel:

Vorname:

Nachname:

Anschrift:

E-Mail:

Telefon:

Fax:

Geburtsdatum:

  

Bankverbindung:

(Für Weiterleitung  
von Geldern)

Konto:

Bankleitzahl:

**Wie soll die Vergütung der anwaltlichen Tätigkeit erfolgen?**

- 
- Eine Rechtschutzversicherung wird für die Kosten der Rechtsberatung aufkommen:

Name der Gesellschaft:

Versicherungsnummer:

- 
- Ich werde Beratungshilfe / Prozesskostenhilfe in Anspruch nehmen.

(Vor Erstberatung ist ein Beratungshilfeberechtigungsschein vorzulegen, diesen erhalten Sie nach Beantragung bei Ihrem zuständigen Amtsgericht. Sie können **hier** einen Beratungshilfe-Antrag herunterladen.)

- 
- Ich bin Selbstzahler,

die Gebühren richten sich nach den Vorgaben des Rechtsanwaltsvergütungsgesetzes.

Für die Erstberatung fällt eine Gebühr in Höhe von 190,- EUR zzgl. MwSt. an, die jedoch auf die weiteren anfallenden Gebühren angerechnet wird.

- 
- Die Vergütung wird nach gesonderter Individualvereinbarung

zu einem Stundensatz von 150,- EUR zzgl. MwSt. je angefangener Stunde erfolgen. Hierdurch sichere ich mir die Vorteile einer auf meine individuellen Bedürfnisse zugeschnittenen Rechtsberatung durch den leitenden Rechtsanwalt der Kanzlei. Mir ist bekannt, dass die vereinbarte Vergütung möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang durch die Rechtschutzversicherung übernommen wird oder der unterlegenen Gegenpartei erstattet werden muß.

Bitte per Mail, Fax oder Post an:

**Jürgen Wahl - Rechtsanwalt  
Kanzlei für Medizinrecht  
Kaiserstrasse 29  
63065 Offenbach**

**Tel. 0 69/82 37 66-42  
Fax 0 69/82 37 66-43  
E-Mail: info@patientia.de**

**Ich wünsche eine Beratung im Bereich**

- Krankenversicherung (privat)
- Krankenversicherung (gesetzlich)
- Pflegeversicherung
- Unfallversicherung (privat)
- Unfallversicherung (gesetzlich)
- Patientenverfügung
- Auslandsbehandlung
- Sonstiges

Bitte schildern Sie kurz den Sachverhalt, damit wir uns auf die Beratung mit Ihnen vorbereiten können:

Bitte benennen Sie in chronologischer Abfolge die Ärzte und Kliniken, bei denen Sie sich wegen der geschilderten Problematik in Behandlung befinden oder befunden haben:

Name des Arztes:	Fachrichtung:	Anschrift:	Behandlungszeitraum:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> bis <input type="text"/>
		<input type="text"/>	

Name des Arztes:	Fachrichtung:	Anschrift:	Behandlungszeitraum:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> bis <input type="text"/>
		<input type="text"/>	

Name des Arztes:	Fachrichtung:	Anschrift:	Behandlungszeitraum:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> bis <input type="text"/>
		<input type="text"/>	

Name des Arztes:	Fachrichtung:	Anschrift:	Behandlungszeitraum:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> bis <input type="text"/>
		<input type="text"/>	

**Ich wünsche**

- ein persönliches Gespräch
- eine telefonische Beratung
- eine Beratung via E-Mail / Fax oder auf dem Postwege

Wir werden umgehend Kontakt mit Ihnen aufnehmen.