

## Beauftragung eines Privatgutachtens

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Titel:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

Hiermit beauftrage ich Herrn Dr. Knorr mit der Erstellung eines verkehrsmedizinischen Gutachtens nach der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) auf psychiatrischem Fachgebiet. Das Gutachten soll die vom Landratsamt formulierten Fragen beantworten.

Der Stundensatz beträgt 90 € netto. Dieser gilt für die Exploration, das Aktenstudium und die Beantwortung von Fragen, die nach Vorlage des schriftlichen Gutachtens eventuell aufkommen. Zudem werden Schreibgebühren (1,50 €/1.000 Zeichen), Portokosten, Kosten für eventuell notwendige Testuntersuchungen (tatsächliche Höhe entsprechend der Preisliste des Hogrefe-Verlags) und 19 % MwSt. berechnet.

Damit der besprochene Explorationstermin verbindlich wird, ist eine Ab-

schlagszahlung in Höhe von 214,20 € (180 € plus 19 % MwSt.) fällig. Diese ist innerhalb von maximal sieben Tagen nach Erhalt der Rechnung zu überweisen. Bei nicht fristgerechter Überweisung, ist der besprochene Termin hinfällig.

Herr Dr. Knorr verpflichtet sich, die an ihn gerichtete Fragestellung in voller Unabhängigkeit, Neutralität und entsprechend des aktuellen Wissensstands im Fachgebiet Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und unter Berücksichtigung Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung, herausgegeben von der Bundesanstalt für Straßenwesen, zu beantworten.

Ich bestätige, dass ich Herrn Dr. Knorr alle medizinischen Unterlagen mit Bezug zu der Erkrankung, aufgrund derer die Begutachtung angeordnet wurde, zur Verfügung stelle. Ich bin mir bewusst, dass die gutachtliche Einschätzung nichtig ist, sollte sich nach Vorlage des Gutachtens herausstellen, dass ich nicht alle erkrankungsrelevanten Unterlagen zur Verfügung gestellt habe.

Ich bestätige, das Informationsblatt zu verkehrsmedizinischen Begutachtungen nach der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) gelesen zu haben. Dieses ist Bestandteil dieser Beauftragung.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Abschlagszahlung dem Ausfallhonorar entspricht, wenn der vereinbarte Termin nicht mit wenigstens 72 Stunden Vorlauf von mir abgesagt oder aber unabhängig vom Grund nicht wahrgenommen wird.

Mit einer unverschlüsselten Kommunikation per E-Mail bin ich einverstanden. Die damit einhergehenden möglichen Risiken sind mir bewusst.

---

Datum | Unterschrift