

Name, Anschrift und Telefonnummer des Liquidationsberechtigten
(Arzt/Krankenhaus/Behörde)

Exemplar für haushaltführende Dienststelle
....., den.....
Ort, Datum

Polizeidirektion
.....
veranlassende Organisationseinheit
IVO-Nr.:

Nr. 000000

Auftrag und Liquidation zur Untersuchung auf Gewahrsamsfähigkeit

Auf der Grundlage des Kooperationsvertrages/dieses Einzelauftrages erlaube ich mir für die erbrachten ärztlichen Leistungen folgende Rechnung zu stellen. Der Auftrag zur Untersuchung auf Gewahrsamsfähigkeit umfasst keine weitergehenden ärztlichen Leistungen.

Untersuchung bei

Name, Vorname	geboren am
wohnhaft in	Datum der Untersuchung

Die Untersuchung auf Gewahrsamsfähigkeit erfolgte in von.....Uhr bis.....Uhr.
(z.B. Arztpraxis, medizinische Einrichtung, Polizeidienststelle)

Vergütungen (zutreffendes ankreuzen)

G1	Untersuchung auf Gewahrsamsfähigkeit - inkl. Beratung, Befundbericht, vollständige körperliche Untersuchung von einem oder mehreren Organsystemen, eingehende neurologische Untersuchung oder Ganzkörperstatus; gem. „Ärztlicher Bescheinigung zur Gewahrsamsfähigkeit sowie Gewährung eines Zuschlages für dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung der zu erbringenden Leistung“	Beim Arzt	80,30 €	<input type="checkbox"/>
G2		Bei der Polizei	136,00 €	<input type="checkbox"/>

Weitere Leistungen (zutreffendes ankreuzen)

W5	Verweilgebühr je angefangene halbe Stunde ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen; ab 31 Minuten berechnungsfähig	15,80 €	<input type="checkbox"/>
W6	Inanspruchnahme in der Zeit zwischen 20.00 und 08.00 Uhr	26,30 €	<input type="checkbox"/>
W7	Inanspruchnahme an Samstagen, Sonn- und Feiertagen	19,90 €	<input type="checkbox"/>

Wegegeld (Leistungskomplex W10) für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle / der Wohnung des Arztes

	Bei Tag		Bei Nacht (zwischen 20.00 und 08.00 Uhr)	
Bis zu 2 km	3,58 €	<input type="checkbox"/>	7,16 €	<input type="checkbox"/>
Mehr als 2 km bis zu 5 km	6,65 €	<input type="checkbox"/>	10,23 €	<input type="checkbox"/>
Mehr als 5 km bis zu 10 km	10,23 €	<input type="checkbox"/>	15,34 €	<input type="checkbox"/>
Mehr als 10 km bis zu 25 km	15,34 €	<input type="checkbox"/>	25,56 €	<input type="checkbox"/>

W11	Reiseentschädigung bei mehr als 25 km Entfernung zwischen Praxisstelle/Wohnung des Arztes und Besuchsstelle; Hin- und Rückfahrt.....km x 0,26 € Zeitaufwand, insgesamt.....h.....min (bis 8h 51,13 €, über 8h 102,26€€	<input type="checkbox"/>
	€	

Rechnungsbetrag: _____ €

IBAN-Nr.:		Bankverbindung bekannt:	<input type="checkbox"/>
Steuernummer:		Steuernummer bekannt:	<input type="checkbox"/>
Bemerkung/ Erläuterung:			

.....
Unterschrift des Arztes

.....
Name und Unterschrift des Beamten

Von der Polizeidienststelle auszufüllen:

Grund der Gewahrsamsuntersuchung
Der Rechnungsbetrag wurde in die Kostenvormerkung (PKN) aufgenommen: ja/nein
Sachlich richtig - und - Rechnerisch richtig
_____ Unterschrift (Nr. 11 bis 19 VwV zu § 70 SäHO)
_____ Name und Amts-/Funktionsbezeichnung

Kontierung

Haushaltsjahr	Kapitel	Titel 534 04	Ebene	Schlüssel-Nr.	Zahlungspartner	Mitteilungsverordnung
Sonstige Anordnungen						
Anordnungsbetrag in EUR	Fällig am	Zur <u>Auszahlung</u> angeordnet				
		_____ Datum und Unterschrift Anordnungsbefugter				

Leistungsbescheid : ja/nein	BKZ-Nr.
-----------------------------	---------

Daten vollständig und richtig erfasst:	HÜL-Nr.	Datum	Nz.
Daten freigegeben und an Kasse gesendet:	DTA-Nr.	Datum	Nz.