

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

(BelegNr.)

....., den.....
Veranlassende Organisationseinheit:
Polizeidirektion
.....

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, Uhrzeit der Untersuchung |

Die Untersuchung auf Gewahrsamsfähigkeit erfolgt in

(z.B. Arztpraxis, medizinische Einrichtung, Polizeidienststelle)

Vergütungen (zutreffendes ankreuzen)

| | | | | |
|----|---|-----------------|----------|--------------------------|
| G1 | Untersuchung auf Gewahrsamsfähigkeit - inkl. Beratung, Befundbericht, vollständige körperliche Untersuchung von einem oder mehrerer Organsysteme, eingehende neurologische Untersuchung oder Ganzkörperstatus; gem. „Ärztlicher Bescheinigung zur Gewahrsamsfähigkeit“ | Beim Arzt | 66,50 € | <input type="checkbox"/> |
| G2 | | Bei der Polizei | 126,70 € | <input type="checkbox"/> |
| G3 | Untersuchung auf Gewahrsamsfähigkeit - inkl. Beratung, Befundbericht, vollständige körperliche Untersuchung von einem oder mehrerer Organsysteme, eingehende neurologische Untersuchung oder Ganzkörperstatus; Blutentnahme ; gem. „Ärztlicher Bescheinigung zur Gewahrsamsfähigkeit“ | Beim Arzt | 80,50 € | <input type="checkbox"/> |
| G4 | | Bei der Polizei | 140,60 € | <input type="checkbox"/> |

Weitere Leistungen (zutreffendes ankreuzen)

| | | | |
|----------------------|--|---------------------|--------------------------|
| W5 | Verweilgebühr je angefangene halbe Stunde ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen | 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"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| W9 | zweite Blutentnahme | 3,00 € | <input type="checkbox"/> |
| begonnen umUhr | | beendet umUhr | |

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

| | Bei Tag | | Bei Nacht (zwischen 20.00 und 8.00 Uhr) | |
|-----------------------------|---------|--------------------------|---|--------------------------|
| Bis zu 2 km | 4,40 € | <input type="checkbox"/> | 9,40 € | <input type="checkbox"/> |
| Mehr als 2 km bis zu 5 km | 7,80 € | <input type="checkbox"/> | 12,80 € | <input type="checkbox"/> |
| Mehr als 5 km bis zu 10 km | 11,20 € | <input type="checkbox"/> | 16,20 € | <input type="checkbox"/> |
| Mehr als 10 km bis zu 15 km | 13,20 € | <input type="checkbox"/> | 18,20 € | <input type="checkbox"/> |
| Mehr als 15 km bis zu 20 km | 15,30 € | <input type="checkbox"/> | 20,30 € | <input type="checkbox"/> |
| Mehr als 20 km bis zu 25 km | 17,50 € | <input type="checkbox"/> | 22,50 € | <input type="checkbox"/> |
| Mehr als 25 km bis zu 30 km | 19,70 € | <input type="checkbox"/> | 24,70 € | <input type="checkbox"/> |
| Mehr als 30 km bis zu 35 km | 21,90 € | <input type="checkbox"/> | 26,90 € | <input type="checkbox"/> |
| Mehr als 35 km | 24,10 € | <input type="checkbox"/> | 29,10 € | <input type="checkbox"/> |

Zwischensumme: _____ € **MwSt.:** _____ € **Rechnungsbetrag:** _____ €

| | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--|--|--|--|
| IBAN-Nr.: | | | | | |
| Bankverbindung bekannt: | <input type="checkbox"/> | | | | |

.....
Unterschrift des Arztes

.....
Name und Unterschrift des Beamten

Von der Polizeidienststelle auszufüllen:

| | |
|---|----------|
| Grund der Gewahrsamsuntersuchung | IVO-Nr.: |
| Der Rechnungsbetrag wurde in die Kostenvormerkung (PKN) aufgenommen: ja/nein | |
| Sachlich richtig - und - Rechnerisch richtig | |
| <hr/> Unterschrift (Nr. 11 bis 19 VwV zu § 70 SäHO) | |
| <hr/> 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 | | | | |
| <hr/> 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. |