

Name des Arztes / der Ärztin:

Adresse (Ordinationsadr.):

Bankverbindung: IBAN

Rechnungs-Nr.

An die
.....
.....

GEBÜHRENNOTE
für die Tätigkeit nach § 5 Abs 5 und Abs 9 StVO

Name der/des Untersuchten:

Ort der Untersuchung:

Datum der Untersuchung: Uhrzeit: von bis

Klinische Untersuchung:

- gem § 43 Abs 1 lit d GebAG € 168,50 €
- gem § 43 Abs 1 lit e GebAG (spezielle Fälle)* € 283,30 €

** Die in der Befundaufnahme gezeigten widersprüchlichen Ergebnisse, die eine besonders ausführliche fachliche Auseinandersetzung und Begründung erforderten, sind im Zusatzblatt des polizeiärztlichen Gutachtens (Seite 7) unter den Ziffern 1 bis 6 dokumentiert.*

Blutabnahme:

- a) von 06.00 Uhr bis 20.00 Uhr € 12,20 €
- b) von 20.00 Uhr bis 06.00 Uhr € 24,40 €

Untersuchung auf Substanzen und Befundung:

- des Harnes € 24,20 €

Zeitversäumnis:

- für die Zeit der Hin- und Rückfahrt, Wartezeit, vorbereitende Tätigkeiten, - je begonnene Stunde ____ à € 32,90 €

Urschriftgebühr:

- pro vom Arzt ausgefüllte Seite ____ à € 2,90 €

Kilometergeld:

- Anzahl der gefahrenen Kilometer ____ à € 0,42 €

GESAMTHONORAR: €

Datum

Arztstempel und Unterschrift