

Rechnungsempfänger:

RECHNUNG

Nr. _____

Für ärztliche Leistungen bei der/dem Verstorbenen:

erlaube ich mir gem. untenstehender Aufstellung die angekreuzten Leistungen zu berechnen.

Diagnose: (R99 G) Untersuchung der/des Verstorbenen

Datum	GOÄ-Nr.	Text	Faktor	Euro	
	100	Untersuchung eines/r Toten und Ausstellung einer vorläufigen Todesbescheinigung, mindestens 20 min.	1		
	100	s.o. - Zeitaufwand mindestens 10 min.	0,6		
	101	Untersuchung eines/r Toten einschließlich Feststellung des Todes / Ausstellung eines Leichenschauscheines, mindestens 40 min.	1		
	101	s.o. - Zeitaufwand mindestens 20 min.	0,6		
	102	Zuschlag zu den Nummern 100 bzw. 101 bei einem/r Toten mit einer dem Arzt/der Ärztin unbekanntem Identität und/oder besonderen Todesumständen (zusätzliche Dauer mindestens 10 min.)	1		
	E	Zuschlag für unverzügliche Ausführung (nicht n. F, G, H)	1		
	F	Zuschlag für Leistung von 20 bis 22 bzw. 6 bis 8 Uhr	1		
	G	Zuschlag für Leistung von 22 bis 6 Uhr	1		
	H	Zuschlag für Leistung an Samstagen, Sonntagen oder Feiertagen	1		
		Wegegeld	tags	nachts	1
		≤ 2 km	€ 3,58	€ 7,16	
		> 2 - 5 km	€ 6,65	€ 10,23	
		> 5 - 10 km	€ 10,23	€ 15,34	
		> 10 - 25 km	€ 15,34	€ 25,56	
		> 25 km	€ 0,26 / km bzw. tats. Kosten (Beleg)		
			zzgl. € 51,13 wg. Abwesenheit bis 8h		
Auslage Formular Leichenschauschein (tatsächliche Kosten)					

Summe _____

Bankverbindung:

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift