

gemäß § 11 i. V. m. § 5 Abs. 1 Satz 2 GOÄ

Untersuchung auf Gewahrsamstauglichkeit/Haftfähigkeit

Patient(in)
Untersuchungszeit (Datum, Uhrzeit)
Wochentag
Name
Geburtsdatum
Geburtsort/-kreis/-staat
Anschrift
Polizeiliches Aktenzeichen

Table with 5 columns: Nr., Ärztliche Leistungen, Nr. GOÄ, Gebühr GOÄ, Gebühr DKG-NT, berechnet werden. Rows include services like Beratung, Untersuchung, Besuche, and Wegegeld.

Überweisung (bei nicht liquidationsberechtigten Krankenhausärzten Bankverbindung Krankenhaus angeben!)
an
(unbedingt Name des ausstellenden Arztes in leserlicher Schrift angeben!)
IBAN BIC
bei
Ort, den
Gesamtbetrag:
(Unterschrift der Ärztin/des Arztes)



IBP 0675 (2016-01-01)

Hinweise zur Abrechnung

Es dürfen bei einer Untersuchung durch einen Arzt nur die Beträge aus der Spalte <Gebühr GOÄ> und bei einer Untersuchung in einem Krankenhaus nur die Beträge aus der Spalte <Gebühr DKG-NT> (Deutsche Krankenhausgesellschaft Normaltarif) verwendet werden! Es ist nicht zulässig, Gebührensätze aus beiden Spalten zu mischen, den höheren (oder niedrigeren) Satz zu berechnen oder - falls ein Gebührensatz in einer Spalte fehlt - den Satz aus der anderen Spalte zu verwenden.

Auszug aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ):

§ 8 Wegegeld

- (2) Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Arztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Arztes an die Stelle der Praxisstelle.
- (3) Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Arzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versicherterstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

§ 9 Reiseentschädigung

- (1) Bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung.
- (2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt
 1. 0,26 EUR für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
 2. bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 51,13 EUR, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 102,26 EUR je Tag.
 3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.
- (3) § 8 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

Hinweise zu den Zuschlägen A - D:

- a) A nicht berechnungsfähig, wenn B, C und/oder D in Rechnung gestellt werden
- b) D zusätzlich zu B oder C berechnungsfähig
- c) Zuschläge A - D nicht neben den Zuschlägen E - H berechnungsfähig
- d) liquidationsberechtigte Krankenhausärzte können Zuschlag D nur zw. 20:00 und 8:00 Uhr berechnen

Hinweise zu den Zuschlägen E - H:

- a) E nicht zusätzlich zu F, G und/oder H möglich
- b) G nicht zusätzlich zu F berechnungsfähig
- c) H zusätzlich zu F oder G berechnungsfähig
- d) Zuschläge E - H nicht neben den Zuschlägen A - D berechnungsfähig

Vom Sachbearbeiter der Polizeidienststelle auszufüllen (verbandsinterne Regelungen beachten)	
23	Grund der Untersuchungen bzw. Beschwerden: _____ _____
24	Rechtsgrundlage der freiheitsentziehenden Maßnahmen/Gewahrsamnahme: <input type="checkbox"/> Art.17 I Nr. 1 PAG <input type="checkbox"/> Art.17 I Nr. 2 PAG <input type="checkbox"/> Art.17 I Nr. 3 PAG <input type="checkbox"/> Art.17 II PAG <input type="checkbox"/> Art.17 II PAG, wenn Einsatz durch vorgetäuschte Gefahr veranlasst <input type="checkbox"/> nach StPO <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
25	Wurde der Arzt anlässlich dieses Besuchs für weitere ärztliche Leistungen bei der selben oder für ärztliche Leistungen bei anderen Personen in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Art der zusätzlichen Leistungen und evtl. Vor- und Nachnamen der weiteren Person(en)
26	Unterschrift veranlassender Beamter: _____ (Name, Amtsbezeichnung)

Nach Ausdruck vom Geschäftszimmer der Dienststelle/SG V 1/SG PV 3 zu bearbeiten

Ort, Datum	_____		
Sachlich richtig: _____	Rechnerisch richtig: _____		
Unterschrift	Unterschrift		
Konto: <u>78210000</u>	Kapitel: <u>0318</u>	Titel: <u>526 11</u>	UT: <u>02</u>
Kostenstelle: _____	Haushaltsabrechnungsobjekt: _____		
Erfasst am: _____	HÜL.: _____	Beleg-Nr.: _____	
HZ _____	Bemerkungen: _____		
Feststellungsvermerk: _____ _____ _____			
EEK: <input checked="" type="checkbox"/> Nein			