

Musterrechnungen

Abrechnungsbeispiel Todesfall*:

- Dauer der Leichenschau 35 Minuten, besondere Todesumstände
- an einem Sonntag von 22:05 Uhr bis 22:40 Uhr, einfache Fahrt vom Wohnort des Arztes 30 km

*Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Lösung 1:

(Absender) Dr. Bertram Beispiel, Beispielstr. 1, 1111 Beispielstadt

(Adressat) An die Angehörigen des Sterbefalls Max Mustermann
Musterstraße 1
1234 Musterstadt

RECHNUNG

Rechnungs-Nr.: (...)

Ort (...), Datum

(...)

Sehr geehrte Angehörige,

anlässlich der am (...) (...) 2023 in der Zeit von 22:05 Uhr bis 22:40 Uhr durchgeführten Leichenschau bei Herrn/Frau (...), geb. am (...) zuletzt wohnhaft in (...), erlaube ich mir folgende Leistungen gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung zu stellen:

| Ifd. Nr. | GOÄ | Leistungsbeschreibung | Betrag |
|----------|-----------|---|-----------------|
| 1 | Ziff. 101 | Eingehende Untersuchung eines/-r Toten und Ausstellung einer Todesbescheinigung, einschließlich Angabe zu Todesart, Todesursache (60 %) | 99,46 € |
| 2 | Ziff. 102 | Zuschlag wg. besonderer Todesumstände | 27,63 € |
| 3 | G | Zuschlag wg. erbrachter Leistung zw. 22 Uhr -06 Uhr | 26,23 € |
| 4 | H | Zuschlag wg. erbrachter Leistung an einem Sonntag | 19,82 € |
| 5 | § 9 | Reiseentschädigung gem. § 9 Absatz 2 Nr. 1 GOÄ <ul style="list-style-type: none"> • 30 km x 2 x 0,26 €/eigener PKW | 15,60 € |
| 6 | § 9 | Reiseentschädigung gem. § 9 Absatz 2 Nr. 2 GOÄ <ul style="list-style-type: none"> • Abwesenheit bis zu 8 Stunden | 51,13 € |
| | | Gesamt | 239,87 € |

Bitte überweisen Sie den fälligen Gesamtbetrag unter Angabe der Rechnungsnummer auf die unten angegebene Bankverbindung bis spätestens zum (...).

Unterschrift des Arztes/ Stempel

Bankverbindung:

Name der Bank: (...)

IBAN: (...)

BIC (...)



Lösung 2 (zum Ankreuzen):

Absender (...)

Adressat (...)

RECHNUNG

Rechnungs-Nr.: (...)

Ort (...), Datum (...)

Sehr geehrte Angehörige,

anlässlich der am (...). (...) .2023 in der Zeit von 22:05 Uhr bis 22:40 Uhr durchgeführten Leichenschau bei Herrn/Frau (...), geb. am (...) zuletzt wohnhaft in (...), erlaube ich mir die nachfolgenden angekreuzten Leistungen gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung zu stellen:

| Leistung | GOÄ | Leistungsbeschreibung | Faktor | Betrag nach GOÄ | Rechnungsbetrag |
|-------------------------------------|-----------|---|--------|--------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ziff. 100 | Untersuchung eines/-r Toten und Ausstellung einer vorläufigen Todesbescheinigung, mindestens 20 min. bzw. | 1 | 110,51 € | |
| <input type="checkbox"/> | Ziff. 100 | s.o., mindestens 10 min. | 0,6 | 66,31 € | |
| <input type="checkbox"/> | Ziff. 101 | Eingehende Untersuchung eines/-r Toten und Ausstellung einer Todesbescheinigung, einschließlich Angabe zu Todesart/-ursache, mindestens 40 min. bzw. | 1 | 165,77 € | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ziff. 101 | s.o., mindestens 20 min. | 0,6 | 99,46 € | 99,46 € |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ziff. 102 | Zuschlag zu den Ziff. 100 und 101 GOÄ wg. (dem Arzt) unbekanntem/-r Toten bzw. bes. Todesumstände, zusätzliche Dauer mindestens 10 min. | 1 | 27,63 € | 27,63 € |
| <input type="checkbox"/> | F | Zuschlag für erbrachte Leistungen von 20- 22 Uhr bzw. 06- 08 Uhr | 1 | 15,15 € | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | G | Zuschlag für erbrachte Leistung zw. 22- 06 Uhr | 1 | 26,23 € | 26,23 € |
| <input checked="" type="checkbox"/> | H | Zuschlag für erbrachte Leistung an einem Samstag/ Sonntag/ Feiertag | 1 | 19,82 € | 19,82 € |
| <input type="checkbox"/> | § 8 | Wegegeld gem. § 8 GOÄ Kilometer bei Tag bei Nacht 0- 2 km <input type="checkbox"/> 3,58 € <input type="checkbox"/> 7,16 € > 2- 5 km <input type="checkbox"/> 6,65 € <input type="checkbox"/> 10,23 € > 5- 10 km <input type="checkbox"/> 10,23 € <input type="checkbox"/> 15,24 € > 10- 25 km <input type="checkbox"/> 15,34 € <input type="checkbox"/> 25,56 € | | € | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | § 9 | Reiseentschädigung gem. § 9 Absatz 2 Nr. 2 GOÄ bei mehr als 25 km <input checked="" type="checkbox"/> 0,26 € / km bei Nutzung des eigenen PkWs 30 km x 2 (Hin- und Rückfahrt) <input type="checkbox"/> bzw. tatsächliche Kosten bei anderen Verkehrsmitteln (Beleg) <input checked="" type="checkbox"/> Abwesenheit bis zu 8 Stunden <input type="checkbox"/> Abwesenheit von mehr als 8 Stunden | 1 1 | € 51,13 € 102,26 € | 15,60 € 51,13 € |
| Gesamt | | | | | 239,87 € |

Bitte überweisen Sie den fälligen Gesamtbetrag unter Angabe der Rechnungsnummer auf die unten angegebene Bankverbindung bis spätestens zum (...).

 Unterschrift des Arztes/ Stempel

Bankverbindung:

Name der Bank: (...)

IBAN: (...)

BIC (...)