

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

An die
Polizeidienststelle
(Adresse einfügen)

Rechnungsdatum

Daten des Arztes/der Ärztin:
Name, Geburtsdatum
Adresse

GEBÜHRENNOTE Nr. _____
für die Durchführung der kriminalpolizeilichen Leichenbeschau
im Auftrag der o.g. Polizeidienststelle

am: _____
in: _____
Zeit der Berufung/Untersuchung: _____

erlaube ich mir, mein Honorar wie folgt bekannt zu geben:

Abrechnung nach dem GebAG:

Bitte ankreuzen	Gebühr für Mühewaltung samt Befund und Gutachten	Norm	Einheit	Werktage von 6 bis 20 Uhr	Werktage von 20 bis 6 Uhr, Samstag, Sonntag und gesetzliche Feiertage
Kommissionelle Leichenbeschau in Normalfällen (frische Leichen)					
_ Stunden	Teilnahme an Ermittlung/Augenschein	§ 35 Abs 1 GebAG	je begonnene Stunde	49,00	76,10
	Äußere Besichtigung	§ 43 Abs 1 Z 3 GebAG		20,70	20,70
	Untersuchung von Kleidung, Werkzeug, etc	§ 43 Abs 2 Z 4 GebAG		20,70	20,70
_ Stunden	Zeitversäumnis (= Fahrzeit, Wartezeiten)	§ 32 Abs 1 GebAG	je begonnene Stunde	32,90	32,90
Kommissionelle Leichenbeschau mit eingehender Begründung des Gutachtens					
_ Stunden	Teilnahme an Ermittlung/Augenschein	§ 35 Abs 1 GebAG	je begonnene Stunde	49,00	76,10

	Untersuchung samt Befund und Gutachten mit eingehender Begründung des Gutachtens	§ 43 Abs 1 Z 2 lit b GebAG		189,80	189,80
	Untersuchung samt Befund und Gutachten mit eingehender Begründung des Gutachtens bei erschwerenden Umständen (widrige Witterungsverhältnisse, Fäulnis der Leiche, nach Enterdigung etc)	§ 42 Abs 1 Z 2 lit d GebAG		284,70	284,70
	Äußere Besichtigung	§ 43 Abs 1 Z 3 GebAG		20,70	20,70
	Untersuchung von Kleidung, Werkzeug, etc	§ 43 Abs 2 Z 4 GebAG		20,70	20,70
_ Seiten	vom Arzt ausgefüllte Seiten	§ 31 Abs 1 Z 3 GebAG	je Seite	2,90	2,90
_ Stunden	Zeitversäumnis (=Fahrzeit, Wartezeit)	§ 32 Abs 1 GebAG	je begonnene Stunde	32,90	32,90
_ km	Kilometergeld	§ 28 Abs 2 GebAG	pro km	0,42	0,42
	Sonstige Leistungen				

Gesamtsumme:

€ _____¹

Ich ersuche höflich um Überweisung des oben angeführten Betrages auf folgendes Konto:

Bankinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

lautend auf: _____

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____

¹ Die Frage der Umsatzsteuerbefreiung ist individuell mit dem Steuerberater zu klären.