

Name und Personen-Daten des Betroffenen:	Arztstempel
Untersucht am _____ um _____ Uhr	
An die Ordnungsbehörde der Stadt	IBAN: _____

**Rechnung** Nr. \_\_\_\_\_ , Datum \_\_\_\_\_

für während der Zeiten des ärztlichen Notdienstes von mir oder meinem persönlichen Vertreter auf Anforderung der örtlichen Ordnungsbehörde erbrachte Leistungen im Rahmen der ordnungsbehördlichen Maßnahmen nach dem PsychKG NRW erlaube ich mir – entsprechend der Rahmenvereinbarung der Ärztevereine im Kreis Mettmann mit den beigetretenen Städten – wie folgt zu berechnen:

GOÄ Nr.	Bezeichnung	Einfachsatz	Multiplikator	Betrag
50	Besuch während des ärztlichen Notdienstes, einschl. sämtlicher Unzeitzuschläge	18,65 €	3,5	65,28 €
801	Psychiatrische Untersuchung	14,57 €	3,5	51,00 €
80	Gutachtliche Äußerung	17,49 €	1,7285	30,23 €
95	Schreibgebühr	3,50 €	1,0	3,50 €
Zeitversäumnis des Arztes für An- und Abfahrt, sowie Fahrer- und KFZ-Kosten, pauschalisiert:				50,00 €
<b>Summe</b>				<b>200,00 €</b>
<b>Für den Fall, dass der Arzt <u>NICHT</u> Kleinunternehmer im Sinne des § 19 Umsatzsteuergesetzes ist und Umsatzsteuer abführen muss:</b> zuzgl. _____ % MwSt.				€
<b>Gesamtbetrag:</b>				€

Für den Fall der Berechnung von Mehrwertsteuer bestätige ich hiermit, dass ich umsatzsteuerpflichtig bin, kein umsatzsteuerlicher Kleinunternehmer bin, und dass ich die berechnete Umsatzsteuer ordnungsgemäß deklarieren und abführen werde.

Ort, Datum, Unterschrift: