

**EMPFEHLUNGSTARIFE  
der Ärztekammer  
für Oberösterreich**

**STAND 1. JÄNNER 2025**

## VORWORT

Sehr geehrte Frau Doktor,  
sehr geehrter Herr Doktor,

erstmals wurde 1992 eine Zusammenstellung der verschiedenen Empfehlungstarife versucht und als Broschüre verschickt. Seit damals hat sich aber nicht nur die Zahl der auszustellenden Bestätigungen für alle möglichen Lebensbereiche der Patienten vervielfacht, sondern haben auch verschiedene gesetzliche Regelungen Leistungen, die vormals vom Amtsarzt durchgeführt wurden, in den Tätigkeitsbereich des niedergelassenen Arztes verschoben. Darüber hinaus waren die Honorare – damals noch in Schilling – in Euro umzurechnen und entsprechend anzupassen.

Da die nunmehrige Zusammenstellung weder inhaltlich noch dem Umfang nach mit der Ausgabe von 1992 verglichen werden kann, kann diese Zusammenstellung nicht als weitere Auflage des Heftes 1992 betrachtet werden, sondern stellt für sich ein eigenes - systematisch anders aufgebautes - neues Werk dar.

Im ständigen Konflikt zwischen vollständiger Information über die einzelnen Leistungen und übersichtlicher Darstellung haben wir einen Mittelweg gewählt, sodass es möglich sein sollte, die nach Themenbereichen geordneten Tarife mit den wichtigen Zusatzinformationen rasch zu finden.

Wir, die Autorinnen des Kammerbüros der Abteilung Wahlärzte & Direktionsassistenz hoffen, Ihnen mit dieser neuen Form der Zusammenstellung eine hilfreiche Unterstützung für den Praxisalltag zu bieten und nehmen selbstverständlich für die Vorbereitung allfälliger Neuauflagen Anregungen zur Verbesserung gerne entgegen.



Bereich Wahlärzte

# INHALTSÜBERSICHT

<b>A. Empfehlungstarife .....</b>	<b>5</b>
1. Gruppenübersicht .....	5
2. Tauchsportuntersuchung/Feuerwehrtaucheruntersuchung.....	8
3. Bildschirmbrillenverordnung nach ergoophthalmologischer Untersuchung.....	8
4. Eignungsuntersuchung Rotes Kreuz.....	9
5. e-card-Einsatzgebühr.....	9
6. Ärztliche Tätigkeit in Zusammenhang mit der Erstellung einer Patientenverfügung (Stand 1. Jänner 2025) .....	9
7. Feuerwehruntersuchungen (Stand 1. Juli 2023) .....	9
8. Sportmedizinisches Untersuchungsprogramm .....	10
9. Laiendelegation – Einschulung, Bestätigung .....	10
10. Erstellung eines ärztlichen Zeugnisses zur Eintragung eines Erwachsenenvertreters (Stand 1. Jänner 2025).....	11
11. Durchführung eines Vorsorgedialogs (VSD) (Stand 1. Jänner 2025) .....	11
12. Gutachten „Farbunterscheidungsvermögen“ für Bewerber um ein Schiffsführerpatent (z.B. für Sportboote) .....	11
13. Ärztliches Gespräch und Begutachtung im Rahmen der Ausstellung einer Sterbeverfügung (Stand 1. Jänner 2025) .....	12
<b>B. Vertraglich mit Dritten vereinbarte Tarife .....</b>	<b>12</b>
1. Lebensversicherungsuntersuchung (Stand 1. Jänner 2025).....	12
2. Leistungen nach dem Heimaufenthaltsgesetz (Anordnung freiheitsbeschränkender Maßnahmen) (Stand 1. Jänner 2025) .....	12
3. Impfungen laut Impfgutscheinheft für Kinder .....	13
<b>C. Tarife für Gutachter .....</b>	<b>13</b>
1. Führerscheinuntersuchung (Tarif laut FSG-GV) .....	13
2. Honorierung gerichtlich beeideter Sachverständiger gemäß GebAG .....	15
3. Auszug aus der "Honorarordnung der Österreichischen Ärztekammer für gutachterliche Tätigkeiten" (Stand 07.12.2021) .....	19
<b>D. Muster und Formulare .....</b>	<b>20</b>

1.	Honorarnote .....	21
2.	Mahnung .....	22
3.	Erste Mahnung (Variante 1) .....	23
4.	Erste Mahnung (Variante 2) .....	24
5.	Zweite Mahnung (Variante 1) .....	25
6.	Zweite Mahnung (Variante 2) .....	26
7.	Formblatt zur einfachen ärztlichen Untersuchung – Aufnahme in den Kindergarten .....	27
8.	Eignung sportliche Betätigung .....	28
9.	Erhebungsblatt zur Feststellung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit .....	29
10.	Formblatt zur ausführlichen ärztlichen Untersuchung – Aufnahme in den Kindergarten .....	31
11.	Bestätigung e-card-Einsatzgebühr .....	33
12.	Honorarnote für Unterbringungsuntersuchung .....	34
13.	Ärztlicher Befundbericht mit Untersuchung .....	35
14.	Ärztlicher Befundbericht ohne Untersuchung .....	36
15.	Bestätigung – Nachweis des ständigen Betreuungs- und Pflegebedarfs .....	37
16.	Ärztlich/pflegerisches Gutachten für Anmeldung im Pflegeheim .....	38
17.	Certificate of the necessity to carry vital medicine .....	41

## A. Empfehlungstarife

**Für Untersuchungen, Bestätigungen, Gutachten etc. die einer Ärztekammer zur Erfüllung ihrer Aufgaben dienen (z.B. Schiedsstelle für Behandlungszwischenfälle, Patientenservicestelle, Schlichtung in Standesfragen gemäß § 94 ÄrzteG) wird aus Gründen der Kollegialität ersucht, kein Honorar in Rechnung zu stellen.**

### 1. Gruppenübersicht

Nach ihrem Umfang haben wir die uns bekannten, üblichen Bestätigungen, Atteste und Privatgutachten in Gruppen eingeteilt. Für die einer Gruppe zugehörigen Bestätigungen und Gutachten empfiehlt die Ärztekammer für Oberösterreich die in der rechten Spalte angeführten Mindesttarife.

(Tarifbeschluss der Kurienversammlung der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für OÖ vom 19.01.2023)

<b>Gruppe I (Kleine Bestätigungen)</b>	<b>€</b>	<b>13,00</b>
1.1 Schulbestätigung (Krankheit, Turnbefreiung)	€	6,50 <sup>1</sup>
1.2 Zeitbestätigung für Ordinationsbesuch (nicht verrechenbar für Kassenvertragsärzte der Österreichischen Gesundheitskasse)	€	6,50 <sup>2</sup>
1.3 Diagnose laut vorliegendem Befund (eventuell laut Vordruck)		
1.4 Befreiungsbestätigung Akkord- und Schichtarbeit		
1.5 Verletzungsanzeige		
1.6 Pflegefreistellungsbestätigung		
1.7 Sonderschulbestätigung		
1.8 Heimhilfebestätigung		
1.9 Finanzamtsbestätigung wegen einer Diät bei speziellen Erkrankungen		
1.10 Parasiten-/Lausfreiheits-Bestätigung		
1.11 Hochschulbestätigung, dass der Patient im Erkrankungsfall eine Prüfung nicht ablegen kann		
1.12 Gesundheitsbescheinigung des Hausarztes (z.B. als Bestätigung für Ferienaktionen)		
1.13 Dringlichkeitsbestätigung für Telefonanschlüsse für Patienten mit schweren Erkrankungen		
1.14 Ärztliche Bestätigungen für Wohnungsämter, dass der Patient aus gesundheitlichen Gründen eine andere Wohnung benötigt		
1.15 Einfache Bestätigung für Kinder, dass sie geeignet sind, den Kindergarten zu besuchen (Musterformular Seite 27)		

<sup>1</sup> Laut Beschluss der Kurienversammlung der niedergelassenen Ärzte vom 19.01.2023 derzeit freiwillig reduziert auf € 6,50.

<sup>2</sup> Laut Beschluss der Kurienversammlung der niedergelassenen Ärzte vom 19.01.2023 derzeit freiwillig reduziert auf € 6,50

- 1.16 Finanzamtsbestätigung für Medikamente
- 1.17 AMS-Bestätigung über den Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit

**Gruppe II (Bestätigungen) € 26,50**

- 2.1 Kurzes Attest  
(Diagnose laut vorliegendem Befund, Krankheitsverlauf, einfache, klinische Untersuchung)
- 2.2 Befundbericht
- 2.3 Ausfüllen von Kontrollblättern, Berichtsformularen etc.  
(Diagnose laut vorliegendem Befund, Krankheitsverlauf, einfache, klinische Untersuchung), eine Seite
- 2.4 Seuchenfreiheits- und Infektionsfreiheitsschein für Schüler und Gastarbeiter
- 2.5 Klinische Sportuntersuchung exklusive Erhebung von Parametern mit speziellen medizinisch-technischen Geräten (z.B. für Bestätigung von Spielerausweisen) (Musterformular S.28)
- 2.6 Bestätigung für Storno von Reisen im Erkrankungsfall
- 2.7 Bestätigung über die Dauer der Krankheit für Rechtsanwalt oder Versicherung
- 2.8 Kurzer Anfangs- und Schlussbericht bei privaten Zusatzversicherungen (ausgenommen Lebensversicherungen, siehe dazu Lebensversicherungsuntersuchungstarif, Seite 12)
- 2.9 Aufnahmebestätigung (z.B. in die Militärakademie, Polizeischule etc.)
- 2.10 Bestätigung mit genauer Beschreibung des Gesundheitszustandes, z.B. für die Frühpension
- 2.11 Lizenzantrag für Kraftfahrsport in Österreich
- 2.12 Antrag auf Erholungsurlaub für Privatversicherte
- 2.13 Verschlimmerungsantrag zur Vorlage bei der PVA
- 2.13 Ärztliche Bestätigung für Arbeitsplatzwechsel bei bestimmten Leiden
- 2.14 Bestätigung für Pensionistenheime, dass der Patient nicht pflegebedürftig ist
- 2.15 Bestätigung des Pflegebedarfes - Attest für Pflegegeledeinstufung durch Hausarzt (Musterformular Seite 29)
- 2.16 Ausführliche Bestätigung für Kinder, dass sie geeignet sind, den Kindergarten zu besuchen (Musterformular Seite 31)

**Gruppe III € 40,00**

- 3.1 Ergänzungsuntersuchungen (zusätzliche Untersuchung und Ergänzungsgutachten zu bereits vorliegenden Gutachten)
- 3.2 Gesundheitsbestätigung für Auslandsaufenthalte einschließlich physikalische Untersuchung
- 3.3 Ausfüllen des Gesundheitskontrollblattes des Österreichischen Komitees für internationalen Schüleraustausch einschließlich physikalischer Untersuchung und Eintragung der Impfungen
- 3.4 Einstellungsuntersuchung für verschiedene Berufssparten (z.B. KindergärtnerInnen, VerkäuferInnen, Bankangestellte)

- 3.5 Eignungsuntersuchung für Trainerausbildung
- 3.6 Tropentauglichkeitsbestätigung
- 3.7 Schwangerschaftstest inkl. formlose Schwangerschaftsbestätigung
- 3.8 Ausführlicher Befundbericht

**Gruppe IV** (Kleine Gutachten bis max. eine Seite) € 60,50

- 4.1 Kleines Gutachten (Diagnose, klinische Untersuchung, Gutachten)
- 4.2 Kleines Versicherungsgutachten (ausgenommen Lebensversicherung)
- 4.3 Kurzes zusammenfassendes ärztliches Gutachten/Bericht aus der Krankengeschichte, z.B. für Rechtsanwalt, Versicherung, etc.

**Gruppe V** (Mittlere Gutachten bis max. zwei Seiten) € 121,00

- 5.1 Mittleres Gutachten
- 5.2 Mittleres Gutachten, mittellange Zusammenfassung aus der Krankengeschichte, z.B. für Rechtsanwalt, Versicherung, etc.

**Gruppe VI** (Große Gutachten über zwei Seiten) € 181,00

- 6.1 Großes Gutachten (Diagnose, ausführliche Untersuchung, ausführliches Gutachten)
- 6.2 Ausführliches Gutachten/Zusammenfassung aus der Krankengeschichte, z.B. für Rechtsanwalt, Versicherung, etc.

**Gruppe VII** (Diverses je nach Art und Umfang)

#### **Impfungen**

- 7.1 Impfungen laut Impfgutscheinheft für Kinder € 15,00  
(Laut Consensus mit dem Land OÖ ab 01.01.2022)  
(Impfgutscheinheft ist beim Sanitätsdienst der zuständigen Bezirkshauptmannschaft oder dem zuständigen Magistrat zu beziehen)
- 7.2 Impfhonorar während Impfaktionen € 15,00  
(ohne Impfstoff)  
(Beschluss der BKNÄ der ÖÄK vom 05.05.2021 und Beschluss der Kurienversammlung der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für OÖ vom 20.09.2021)
- 7.3 Impfhonorar außerhalb von Aktionen (z.B. Reiseimpfungen) € 22,00  
(ohne Impfstoff, wenn vom Impfling gewünscht inkl. Eintrag in den elmpfpass und Ausdruck aus dem elmpfpass, inkl. Eintrag in den Papier-Impfpass)  
(Beschluss der BKNÄ der ÖÄK vom 13.03.2024 und Beschluss der Kurienversammlung der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für OÖ vom 07.11.2024)

7.4	Nachtragen von Impfungen in den elmpfpass (Stand 01.01.2025)	
	- bei 1 bis 2 Nachträgen	€ 31,00
	- bei 3 und mehr Nachträgen	€ 44,00
	- bei Nachtragungen mit ausführlicher Beratung (Beschluss der BKNÄ der ÖÄK)	€ 56,00

### **Administrative Leistungen**

7.4	Privatrezept	€ 7,50
7.5	Kopien/Ausdrucke aus der Krankengeschichte	€ 0,00
Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat mit Urteil vom 26.10.2023 (C-307/22) den Zugang zu Patientenakten gestärkt. Hierin bestätigte er das Recht der Patienten auf eine kostenlose erste Kopie der Patientenakte, auch wenn sie ohne Begründung angefordert wurde.		
	- Erstanforderung	je Seite € 3,00
7.6	Mutterschutzantrag (für Wahlärzte)	€ 50,00
7.7	Telefonische Intervention auf Verlangen des Patienten bei Privatleistungen	nach Aufwand

## **2. Tauchsportuntersuchung/Feuerwehrtaucheruntersuchung**

Diese Untersuchung bzw. erforderliche zusätzliche Leistungen werden in der Regel vorwiegend von Sportärzten, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Lungenerkrankheiten und Ärzten für Allgemeinmedizin durchgeführt. In Anlehnung an die Feuerwehrtaucheruntersuchung wird, wenn nachstehende Leistungen erbracht werden, folgender Gesamt tarif empfohlen:

€ 275,78

- Status
- Stufenfahrradergometrie
- Spirometrie
- Bestätigung der Tauglichkeit/Untauglichkeit am Formular

Weitere Informationen sowie entsprechende Formulare finden Sie auf der Homepage der Österreichischen Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin (ÖGTH) unter [www.oegth.at](http://www.oegth.at).

## **3. Bildschirmbrillenverordnung nach ergoophthalmologischer Untersuchung**

(laut Beschluss der Bundesfachgruppe für Augenheilkunde und Optometrie vom 18.01.2024)

Durch Fachärzte für Augenheilkunde und Optometrie € 110,00

#### **4. Eignungsuntersuchung Rotes Kreuz**

(Tarifbeschluss der Kurienversammlung der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für OÖ vom 19.01.2023)

€ 24,00

#### **5. e-card-Einsatzgebühr**

(Tarifbeschluss der Kurienversammlung der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für OÖ vom 19.01.2023)

Einsatz bei Nicht-Vorlage der e-card (statt bisher Krankenscheineinsatz) € 29,00

Ein Musterformular finden Sie auf Seite 33.

#### **6. Ärztliche Tätigkeit in Zusammenhang mit der Erstellung einer Patientenverfügung (Stand 1. Jänner 2025)**

pro angefangener ½ Stunde € 160,00

#### **7. Feuerwehruntersuchungen (Stand 1. Juli 2023)**

**9.1 Allgemeine Tauglichkeitsuntersuchung** € 45,17

##### **9.2 Atemschutzuntersuchung – Untauglichkeit**

Vorscreening und Untauglichkeitsbestätigung € 45,17

##### **9.3 Atemschutzuntersuchung – nach bestandenem Vorscreening**

- Status
- Stufenfahrradergometrie
- Spirometrie
- Bestätigung der Tauglichkeit/Untauglichkeit am Formular

**Gesamt** € 275,78

Die Tarife wurden als Empfehlungstarif beschlossen, d.h., jedes Mitglied kann von den Tarifsätzen abgehen, wenn es dafür Gründe gibt.

Das Vorscreening ist jeweils nur zu verrechnen, wenn die Erstuntersuchung nicht beendet werden kann, weil der Patient schon vorher hinausfällt. In dem Tarif ist kein EKG inkludiert.

#### **9.4 Tauchuntersuchung ohne bildgebende Diagnostik**

- Status
- Stufenfahrradergometrie
- Spirometrie
- Bestätigung der Tauglichkeit/Untauglichkeit am Formular

**Gesamt** € 275,78

#### **9.5 Höhenretteruntersuchung** nach freiem Ermessen

Für weitere, zusätzliche, allenfalls notwendige Untersuchungen gilt der Tarif der Privatärztlichen Honorarordnung.

#### **9.6 Feuerwehr-Führerscheinuntersuchung**

(Tarifbeschluss der Kurienversammlung der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für OÖ vom 19.01.2023)

<b>Untersuchung inkl. Gutachten</b>	€ 50,00
<b>Untersuchung ohne Gutachten</b>	€ 43,00
<b>Wiederholungsuntersuchung</b>	€ 43,00

### **8. Sportmedizinisches Untersuchungsprogramm**

(Tarifbeschluss der Kurienversammlung der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für OÖ vom 19.01.2023)

Für die Untersuchung laut dem Formular der Österreichischen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (ÖGSMP) hat die Kurie der niedergelassenen Ärzte in ihrer Sitzung am 22.05.2014 folgende Empfehlungstarife beschlossen:

<b>Untersuchungsprogramm exkl. EKG</b>	€ 50,00
<b>EKG</b>	€ 50,00

Das genannte Formular kann auf der Homepage der ÖGSMP unter [www.sportmedizingesellschaft.at](http://www.sportmedizingesellschaft.at) → Download → Sportmedizinuntersuchung heruntergeladen werden.

### **9. Laiendelegation – Einschulung, Bestätigung**

(Tarifbeschluss der Kurienversammlung der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für OÖ vom 19.01.2023)

<b>je angefangene ½ Stunde</b>	€ 145,00
--------------------------------	----------

## **10. Erstellung eines ärztlichen Zeugnisses zur Eintragung eines Erwachsenenvertreters (Stand 1. Jänner 2025)**

Es gilt dem Beschluss der Bundeskuriere der niedergelassenen Ärzte der ÖÄK vom 26.09.2018 zufolge der Tarif für die große Lebensversicherungsuntersuchung:

Erstellung des ärztlichen Zeugnisses **€ 195,38**

11. Durchführung eines Vorsorgedialogs (VSD) (Stand 1. Jänner 2025)

Der Vorsorgedialog für Alten- und Pflegeeinrichtungen in Österreich stellt den Betreuenden (Pflege und ÄrztInnen) einen strukturierten Kommunikationsprozess für die Durchführung von Gesprächen mit den BewohnerInnen zur letzten Lebenszeit zur Verfügung. Es geht um die Wünsche und Vorstellungen der BewohnerInnen für ein gutes Leben in den Alten- und Pflegeeinrichtungen. Zudem wird thematisiert, was den BewohnerInnen wichtig ist, wenn das Sterben absehbar und nah ist.

Honorare für Wegzeiten, Fahrspesen etc. sind separat zu vereinbaren.

Mit Beschluss des Vorstands der ÖÄK wurde beschlossen, die Tarife ab 2021 jährlich zum 1. Jänner nach dem Verbraucherpreisindex mit dem Stichtag 1. Juli des Vorjahres zu 1. Juli des Vorvorjahres zu valorisieren. Honorare für Wegzeiten, Fahrtspesen, etc. sind gesondert zu vereinbaren.

## **12. Gutachten „Farbunterscheidungsvermögen“ für Bewerber um ein Schiffsührerpatent (z.B. für Sportboote)**

(Tarifbeschluss der Kurienversammlung der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für OÖ vom 19.01.2023)

**Erstellung des Gutachtens** € **40,00**

Das erforderliche Formular wird in der Regel vom Probanden vorgelegt. Falls das Formular nicht vorgelegt wird, finden Sie es unter

[www.bmk.gv.at/themen/verkehr/wasser/schifffahrt/bewilligungen\\_patente/schifferdienstbuch.html](http://www.bmk.gv.at/themen/verkehr/wasser/schifffahrt/bewilligungen_patente/schifferdienstbuch.html). Bitte scrollen Sie bis zur Überschrift „Antragstellung mit Download-Formulare“.

**13. Ärztliches Gespräch und Begutachtung im Rahmen der Ausstellung einer Sterbebefürzung (Stand 1. Jänner 2025)**

pro angefangener ½ Stunde **€ 160,-**

Honorare für Wegzeiten, Fahrspesen etc. sind separat zu vereinbaren.

**B. Vertraglich mit Dritten vereinbarte Tarife**

**1. Lebensversicherungsuntersuchung (Stand 1. Jänner 2025)**

Ärztliches Attest für Lebensversicherungen	<b>€ 195,38</b>
Arztauskunft über anamnestisch bekannte Daten	<b>€ 53,93</b>
Beilage von Befundkopien zur Arztauskunft pauschal	<b>€ 10,00</b>

Alle Leistungen, die von der Ärztin bzw. vom Arzt zusätzlich zum vorgegebenen Untersuchungsumfang vorgeschlagen und vom jeweiligen Versicherungsunternehmen tatsächlich beauftragt werden, sind nach der Honorarordnung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) in der jeweils geltenden Fassung zu erstatten. Sollte diese Honorarordnung keine entsprechende Position vorsehen, so ist ein angemessenes, ortsübliches Honorar (z.B. entsprechend allfälliger Honorarempfehlungen der örtlich zuständigen Landesärztekammern) zu erstatten. Eine Liste der häufigsten zusätzlichen Untersuchungen mit jeweils aktuellem Tarif wird unter [www.aerztekammer.at](http://www.aerztekammer.at) veröffentlicht.

**2. Leistungen nach dem Heimaufenthaltsgesetz (Anordnung freiheitsbeschränkender Maßnahmen) (Stand 1. Jänner 2025)**

Diese Tarife wurden von der Österreichischen Ärztekammer am 07.06.2010 mit der "Lebenswelt Heim", dem Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, vereinbart.

Mit Beschluss des Vorstands der ÖÄK vom 26.02.2014 wurde beschlossen, die Tarife ab 2015 jährlich jeweils zum 1. Jänner zu valorisieren.

<b>Freiheitsbeschränkende Maßnahme (HeimAufG 2014)</b>	<b>Eigener Patient</b>	<b>Fremder Patient</b>
A) ärztliches Dokument, Zeugnis (§ 55 Ärztegesetz 1998) oder sonstige ärztliche Aufzeichnungen (§ 51)	<b>€ 75,62</b>	<b>€ 143,47</b>

Ärztegesetz 1998) darüber, dass die Bewohnerin/der Bewohner		
➔ psychisch krank oder geistig behindert ist und ➔ im Zusammenhang damit ihr/sein Leben oder ihre/seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet, (Gefährdungsprognose gemäß § 4 Abs 1 HeimAufG)		
<b>B)</b> Freiheitsbeschränkung durch ➔ medikamentöse Maßnahmen oder ➔ sonstige der Ärztin/dem Arzt gesetzlich vorbehaltene Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"><li>● Prüfung der Aktualität der ärztlichen Dokumente</li><li>● Prüfung, ob die Freiheitsbeschränkung zur Abwehr dieser Gefahr unerlässlich ist und</li><li>● Prüfung, ob sie in ihrer Dauer und Intensität im Verhältnis zur Gefahr angemessen ist sowie</li><li>● ob die Gefahr nicht durch andere Maßnahmen - insbesondere schonendere Betreuungs- und Pflegemaßnahmen - abgewendet werden kann.</li><li>● Die Untersuchungsergebnisse sind gemäß § 6 HeimAufG zu dokumentieren.</li><li>● Aufklärung gemäß § 7 über Grund, Art, Beginn und voraussichtliche Dauer der Freiheitsbeschränkung sowie</li><li>● Verständigung der Leitung der Einrichtung,</li><li>● Anordnung</li></ul>	€ 113,12	€ 143,47
<b>C)</b> Für beide Teile A) + B)	€ 159,20	€ 201,42

### **3. Impfungen laut Impfgutscheineinheit für Kinder**

Laut Consensus mit dem Land OÖ ab 01.01.2022

€ 15,00

(Impfgutscheinheft ist beim Sanitätsdienst der zuständigen Bezirkshauptmannschaft oder dem zuständigen Magistrat zu beziehen)

## C. Tarife für Gutachter

## 1. Führerscheinuntersuchung (Tarif laut FSG-GV)

**A) Untersuchung durch einen Amtsarzt oder einen gemäß § 34 FSG bestellten sachverständigen Arzt für Allgemeinmedizin**

Festgelegt in § 23 Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung (FSG-GV) wie folgt:  
Für ein ärztliches Gutachten gemäß § 8 Abs 1 FSG-GV sind vom zu Untersuchenden dem sachverständigen Arzt zu zahlen:

1. von einem Bewerber um eine Lenkberechtigung der Gruppe 1 € 35,00  
(Klasse A, B, B+E, F)
2. von einem Bewerber um eine Lenkberechtigung der Gruppe 2 € 50,00  
(Klasse C1+E, D, C+E, G)  
wobei in diesem Betrag die Untersuchung für die Gruppe 1 enthalten ist
3. für Wiederholungsuntersuchungen € 30,00

Wird eine Person gemäß § 22 Abs 4 dem Amtsarzt zugewiesen, so gebühren dem sachverständigen Arzt nur 50vH des oben angeführten Honorars.

Für ein amtsärztliches Gutachten aufgrund besonderer fachärztlicher oder verkehrs-psychologischer Stellungnahmen, ärztlicher Nachuntersuchungen auf Grund einer Befristung oder eines Entzuges der Lenkberechtigung sind vom zu Untersuchenden vor der Zuweisung zum Amtsarzt an die Behörde folgende Beträge zu entrichten:

1. für das amtsärztliche Gutachten € 47,20
2. mit Beobachtungsfahrt zusätzliche € 18,00

75 vH der Vergütung nach Z 1 gebührt der Gebietskörperschaft, die den Aufwand für die Behörde zu tragen hat, bei der der Amtsarzt tätig ist, die restlichen 25 vH gebühren dem Amtsarzt. Die Vergütung nach Z 2 gebührt den Sachverständigen, die die Beobachtungsfahrt durchführen. Wurde die zu untersuchende Person gemäß § 22 Abs 4 von einem sachverständigen Arzt dem Amtsarzt zugewiesen, so sind von dem in Z 1 genannten Betrag € 17 abzuziehen.

## **B) Untersuchung durch Fachärzte für Augenheilkunde und Optometrie**

(laut Beschluss der Bundesfachgruppe für Augenheilkunde und Optometrie vom 18.01.2024)

- Augenfachärztliche Stellungnahme zur Erstellung eines Führerscheingutachtens € 154,00 – 176,00
- Augenfachärztlicher Befund „B7“ zur Vorlage beim Polizeiarzt € 137,50
- Augenfachärztlicher Befund „B7“ nach refraktionschirurgischem Eingriff € 231,00

## **2. Honorierung gerichtlich beeideter Sachverständiger gemäß GebAG**

Die Honorierung gerichtlich beeideter Sachverständiger erfolgt nach dem GebAG sowie nach der aufgrund § 64 GebAG 1975 idF 1997 erlassenen Verordnung zum GebAG über die Feststellung eines Zuschlags BGBl. I 98/2001 idF BGBl. I 98/2001 - 1. Euro-Umstellungsgesetz – Bund.

1.	Das Kilometergeld nach § 12 Abs. 1 beträgt	€ 1,00
<b>ANMERKUNG: Dieser Tarif ist nur verrechenbar, wenn die Strecke zu Fuß zurückgelegt wurde! Für Fahrten mit dem PKW ist das amtliche Kilometergeld von derzeit € 0,42 zu verrechnen!</b>		
2.	Die Verpflegungsgebühr nach § 14 Abs. 1 beträgt	€ 5,80
1.	für das Frühstück	€ 12,30
2.	für das Mittagessen	€ 12,30
3.	für das Abendessen	€ 12,30
3.	Die Nächtigungsgebühr nach § 15 Abs. 1 beträgt	€ 18,00
4.	Die Entschädigung für Zeitversäumnis nach § 18 Abs. 1 Z 1 beträgt	€ 20,60
5.	Die zu ersetzenenden Kosten nach § 31 Abs. 1 Z 3 betragen	
1.	bei ausschließlich aus Text bestehenden Schriftstücken	
a)	für je 1 000 Schriftzeichen (ohne Leerzeichen) der Urschrift	€ 2,90
b)	für je 1 000 Schriftzeichen (ohne Leerzeichen) einer Ausfertigung	€ 0,90
2.	in den übrigen Fällen	
a)	für jede volle Seite der Urschrift	€ 2,90
b)	für jede volle Seite einer Ausfertigung	€ 0,90
6.	Die Gebühr nach § 31 Abs. 1a beträgt	
1.	für die Übermittlung des Gutachtens samt allfälligen Beilagen sowie des Gebührenantrags im Weg des elektronischen Rechtsverkehrs	€ 13,20
2.	für die notwendigerweise erfolgende Übersendung weiterer Unterlagen an das Gericht im Weg des elektronischen Rechtsverkehrs	€ 2,30
7.	Die Entschädigung für Zeitversäumnis nach § 32 Abs. 1 beträgt	€ 32,90
8.	Die Mindestgebühr für Mühewaltung nach § 34 Abs. 1 beträgt	€ 29,00
9.	Die Gebührenrahmen nach § 34 Abs. 3 betragen	
1.	bei Tätigkeiten nach Z 1	€ 29,00 bis 87,00
2.	bei Tätigkeiten nach Z 2	€ 72,50 bis 145,00
3.	bei Tätigkeiten nach Z 3	€ 116,00 bis 217,50
10.	Die Gebühr für die Teilnahme an einer Verhandlung nach § 35 Abs. 1 beträgt	
1.	a) im Allgemeinen	€ 49,00
	b) bei einer Tätigkeit nach § 34 Abs. 3 Z 1	€ 32,90
2.	diese Gebühr erhöht sich für die Teilnahme an einer Verhandlung in der Zeit von 20 Uhr bis 6 Uhr oder an einem Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag auf	

a) im Allgemeinen	€ 76,10
b) bei einer Tätigkeit nach § 34 Abs. 3 Z 1	€ 54,20
11. Die Gebühr für Aktenstudium nach § 36 beträgt	
1. für den ersten Aktenband	€ 11,00
bis	€ 65,10
2. für jeden weiteren Aktenband bis zu	€ 57,60
	mehr
12. Die Gebühr für Mühewaltung für Ärzte nach § 43 Abs. 1 beträgt	
1. für die Untersuchung samt Befund und Gutachten	
a) bei einer einfachen körperlichen Untersuchung	€ 43,90
b) bei einer einfachen körperlichen Untersuchung mit eingehender Begründung des Gutachtens oder Einbeziehung eines oder mehrerer Nebengutachten oder bei einer besonders zeitaufwendigen körperlichen Untersuchung oder bei einer neurologischen oder psychiatrischen Untersuchung	€ 57,60
c) bei einer einfachen körperlichen Untersuchung mit besonders eingehender, sich mit widersprüchlichen Ergebnissen von Befundaufnahmen ausführlich auseinandersetzender oder besonders ausführlicher und außergewöhnliche Kenntnisse auf dem Fachgebiet des Sachverständigen voraussetzender Begründung des Gutachtens	€ 85,70
d) bei einer besonders zeitaufwändigen körperlichen, neurologischen, psychiatrischen Untersuchung oder einer Untersuchung zur Beurteilung, ob eine psychisch kranke Person ohne Gefahr in anderer Weise als durch Unterbringung in einer psychiatrischen Abteilung oder durch strafrechtliche Unterbringung behandelt oder betreut werden kann, je mit eingehender Begründung des Gutachtens	€ 168,50
e) bei einer besonders zeitaufwändigen körperlichen, neurologischen, psychiatrischen Untersuchung oder einer Untersuchung zur Beurteilung, ob eine psychisch kranke Person ohne Gefahr in anderer Weise als durch Unterbringung in einer psychiatrischen Abteilung oder durch strafrechtliche Unterbringung behandelt oder betreut werden kann, je mit besonders eingehender, sich mit widersprüchlichen Ergebnissen von Befundaufnahmen ausführlich auseinandersetzender oder besonders ausführlicher und außergewöhnliche Kenntnisse auf dem Fachgebiet des Sachverständigen voraussetzender Begründung des Gutachtens	€ 283,30
2. für die Leichenöffnung (Untersuchung von Leichenresten oder -teilen) samt Befund und Gutachten	
a) in einfachen Fällen	€ 135,60
b) mit eingehender Begründung des Gutachtens	€ 189,80

c) mit besonders eingehender, sich mit widersprüchlichen Ergebnissen von Befundaufnahmen ausführlich auseinandersetzender oder besonders ausführlicher und außergewöhnliche Kenntnisse auf dem Fachgebiet des Sachverständigen voraussetzender Begründung des Gutachtens	€ 271,40
d) bei erschwerenden äußereren Umständen, wie etwa bei großer Kälte oder sonstigen widrigen Wetterverhältnissen, bei einer Veränderung der Leiche durch Fäulnis oder nach Enterdigung, das Eineinhalbache der in den Buchstaben a bis c festgesetzten Gebühren	
e) für die Nutzung von externen Untersuchungsräumlichkeiten (einschließlich Infrastruktur)	€ 188,50
bei Veränderungen der Leiche in den Fällen der lit d	€ 261,00
3. für eine äußere Begutachtung einer Leiche oder einer unreifen menschlichen Frucht samt Befund und Gutachten	€ 20,70
4. für eine Untersuchung von Werkzeugen, Kleidung und dergleichen mit oder ohne Handlupe samt Befund und Gutachten	€ 20,70
5. a) für eine einfache chemische, mikroskopische oder spektroskopische Untersuchung von Harn, Haaren, Sekret oder Exkret und dergleichen samt Befund und Gutachten für jede Untersuchungsart	€ 24,20
b) für eine histologische Untersuchung samt Befund und Gutachten für jedes Organ und jede Färbung	€ 30,30
c) für eine histochemische oder neuropathologische Untersuchung samt Befund und Gutachten für jedes Schnittpräparat und jede Färbung	€ 67,90
d) für eine makroskopische Untersuchung eines Operationspräparates samt Befund und Gutachten	€ 54,20
e) für eine makroskopische Untersuchung eines Skeletteils einschließlich Präparation, Mazeration und Rekonstruktion samt Befund und Gutachten	
aa) bis zu drei Bruchstücken	€ 54,20
bb) für jedes weitere Bruchstück	€ 5,80
6. für eine Untersuchung von Blutflecken samt Befund und Gutachten	
a) auf Zugehörigkeit zu Blut einer bestimmten Art	
aa) bei Anwendung der Präzipationsmethode nach Uhlenhut	€ 39,00
bb) bei Anwendung der Präzipationsmethode nach Ouchterlony	€ 59,90
cc) sonst	€ 21,00
b) auf Gruppenzugehörigkeit	€ 54,20

c) auf Blutmerkmale für jedes Merkmal	€ 59,90
7. für eine Blutentnahme	
a) bei Kindern über drei Jahren und bei Erwachsenen sowie bei Leichen durch Punktion einer Vene	€ 12,20
b) bei Kindern unter drei Jahren	€ 21,00
c) bei Leichen durch Eröffnung einer großen Vene	€ 30,30
d) bei Kindern und Erwachsenen für eine Untersuchung der in der Z 8 Buchstabe g genannten Merkmale	€ 36,30
e) in der Zeit von 20 Uhr bis 6 Uhr das Doppelte der in den Buchstaben a bis c festgesetzten Gebühren	
8. für eine Untersuchung von flüssigem Blut (auch Leichenblut) samt Befund und Gutachten	
a) auf Zugehörigkeit zu Blut einer bestimmten Art	€ 34,10
b) im System der Blutgruppen der roten Blutkörperchen	
aa) zur Bestimmung der Blutgruppe	€ 21,00
bb) zur Bestimmung der Blutuntergruppen A1 und A2	€ 21,00
c) im System der Blutfaktoren der roten Blutkörperchen	
aa) zur Bestimmung der Blutfaktoren für jedes Merkmal	€ 21,00
bb) Absorptions-Elutions-Untersuchungen zur Differenzierung zwischen Rein- und Mischerbigkeit für jede Untersuchung	€ 59,90
d) im System der Enzymmerkmale zur Bestimmung jedes Merkmals	€ 36,30
e) im System der Serumgruppen zur Bestimmung jedes Merkmals	€ 36,30
f) zur Bestimmung der Ausscheidereigenschaften in Körperflüssigkeiten für jedes Merkmal	€ 21,00
g) im System der Merkmale der weißen Blutkörperchen	
aa) zur Bestimmung jedes Merkmals	€ 36,30
bb) zur Gewinnung der weißen Blutkörperchen zur unmittelbaren Untersuchung oder Versendung	€ 36,30
9. für eine bakteriologische Untersuchung samt Befund und Gutachten	
a) für jeden Kultur- oder Tierversuch	€ 36,30
b) sonst	€ 18,30
10.a) für jede virologische Untersuchung (zB Eikultur, Gewebekultur, Tierversuch) samt Befund und Gutachten	€ 75,00
b) für jede Untersuchung nach Buchstabe a mit Blindpassagen oder Neutralisationsproben samt Befund und Gutachten	€ 149,50
11. für eine Abnahme von Abdrucken zur Nämlichkeitssicherung für jeden Abdruck	€ 13,90
12. für eine Röntgenuntersuchung samt Befund und Gutachten	
a) bei Röntgenaufnahme für jede Aufnahme	€ 43,90
b) bei Durchleuchtung	€ 27,60
c) bei Verwendung eines Kontrastmittels das Eineinhalbache	

	der in den Buchstaben a und b festgesetzten Gebühren
13. für eine biostatische Berechnung der Vaterschaftsausschlussmöglichkeit oder der Vaterschaftswahrscheinlichkeit	€ 67,90
13. Die Gebühr für psychiatrische Untersuchungen samt Befund und Gutachten nach § 43 Abs. 1a beträgt für jede, wenn auch nur begonnene Stunde	€ 121,00

**3. Auszug aus der "Honorarordnung der Österreichischen Ärztekammer für gutachterliche Tätigkeiten" (Stand 07.12.2021)**

Im Folgenden die wichtigsten Tarife der Honorarordnung der Österreichischen Ärztekammer für gutachterliche Tätigkeiten (Auszug):

**1. Abschnitt**

- Pauschalhonorierung von ärztlichen Gutachten
- |                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| a) einfache Gutachten zu       | € 356,00  |
| b) umfangreichere Gutachten zu | € 1224,00 |

**2. Abschnitt**

- Soweit nicht eine Pauschalhonorierung nach Abschnitt 1 zur Anwendung kommt, für jene Gutachten, deren Leistungsumfang durch den Zeitaufwand des Gutachters bestimmt wird, ein Stundentarif von

€ 356,00

**3. Abschnitt**

- Für Gutachten von besonderem Schwierigkeitsgrad und/oder mit außergewöhnlichem Zeitaufwand kann eine **freie Honorarvereinbarung** getroffen werden, sei es in Form einer Pauschal- oder Stundensatzhonorierung.

**4. Abschnitt**

- Neben der Honorierung von Gutachten nach Abschnitt 1 oder Abschnitt 2 können noch Einzelleistungen nach einem für die einzelnen Sonderfächer erstellten gutachterlichen Honorartarif in Rechnung gestellt werden.

- Zeitaufwand für Aktenstudium oder Unterlagenstudium (insbesondere Handakte, ärztliche Unterlagen, Recherche wissenschaftlicher Literatur, etc.) pro begonnener Stunde

€ 356,00

**5. Abschnitt**

- Verhandlungsteilnahme pro begonnener Stunde
- |   |          |
|---|----------|
| € 356,00  |          |
| Zeitaufwand für An- und Abreise pro begonnener Stunde | € 178,00 |

## **6. Abschnitt**

Grundsätzlich ist eine freie Honorarvereinbarung zulässig. Der Auftraggeber ist jedoch vor Auftragserteilung davon in Kenntnis zu setzen, dass der Gutachter seine Honorierung nicht nach den Abschnitten 1 und 2 geltend macht.

Die "Honorarordnung für gutachterliche Tätigkeiten der Österreichischen Ärztekammer" finden Sie als PDF-Datei auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer unter [www.aerztekammer.at](http://www.aerztekammer.at).

## **D. Muster und Formulare**

Auf den folgenden Seiten möchten wir Ihnen einige Kopiervorlagen für diverse Formulare und Bestätigungen zur Verwendung in der Ordination zur Verfügung stellen. Die Verwendung dieser Vorlagen ist selbstverständlich nicht zwingend.

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen, Fachbezeichnung und  
Ordinationsadresse)

**HONORARNOTE**

Nr. \_\_\_\_\_

RechnungsempfängerIn  
Herr/Frau  
Anschrift

PatientIn  
Herr/Frau

Sozialversicherungsträger:  
Sozialversicherungsnummer:  
Geburtsdatum:

Rechnungsdatum:

Diagnose:

Datum:

Leistungen:

TT.MM.JJ	€
	<hr/>
<u>Gesamtsumme</u>	<u>€</u>

---

Arztstempel und Unterschrift

Zahlbar sofort, ohne Abzug!

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

**EINSCHREIBEN**

RechnungsempfängerIn

Herr/Frau

Anschrift

Datum:

**MAHNUNG**

**Offene Honorarnote(n) Nr. \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_**

Sehr geehrte Frau \_\_\_\_\_,

Sehr geehrter Herr \_\_\_\_\_,

es dürfte Ihrer Aufmerksamkeit entgangen sein, mein Honorar laut Honorarnote(n)  
Nr. \_\_\_\_\_ in der Höhe von

€ \_\_\_\_\_

zu überweisen.

Ich fordere Sie auf, diesen Betrag binnen einer Woche mit beiliegendem Zahlschein  
zu begleichen.

Sollten Sie den Betrag inzwischen beglichen haben, betrachten Sie  
gegenständliches Mahnschreiben als gegenstandslos.

Freundliche Grüße

---

Arztstempel und Unterschrift

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

RechnungsempfängerIn  
Herr/Frau  
Anschrift

Datum:

**ERSTE MAHNUNG (Variante 1)**

Offene Honorarnote(n) Nr. \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Frau \_\_\_\_\_,  
Sehr geehrter Herr \_\_\_\_\_,

da meine Honorarnote Nr. \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_, die ich Ihnen in der Anlage nochmals beifüge, bis dato unberichtigt aushaftet, möchte ich diese Honorarnote in Erinnerung rufen. Ich ersuche um umgehende Überweisung auf das in der Honorarnote unten angeführte Konto.

Als Termin für das Einlangen des Honorars merke ich mir \_\_\_\_\_ vor.

Sollten Sie den Betrag zwischenzeitig berichtigt haben, betrachten Sie bitte dieses Mahnschreiben als gegenstandslos.

Freundliche Grüße

---

Arztstempel und Unterschrift

Kontoverbindung:

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

RechnungsempfängerIn  
Herr/Frau  
Anschrift

Datum:

**ERSTE MAHNUNG (Variante 2)**

Offene Honorarnote(n) Nr. \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Frau \_\_\_\_\_,  
Sehr geehrter Herr \_\_\_\_\_,

da mein Honorar für die Behandlung(en) am \_\_\_\_\_ immer noch unberichtet aushaftet, erlaube ich darauf hinzuweisen, dass dieses seit \_\_\_\_\_ fällig ist. Ich erlaube mir, Ihnen in der Anlage die oben genannte(n) Honorarnote(n) nochmals zu übermitteln.

Ich ersuche um ehesten Bezahlung des laut oben genannter Honorarnote(n) aushaftenden Gesamtbetrages von € \_\_\_\_\_ auf mein Konto (IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_) und merke mir für das Einlangen \_\_\_\_\_ vor.

Sollten Sie den Betrag inzwischen berichtigt haben, betrachten Sie gegenständliches Mahnschreiben bitte als hinfällig.

Freundliche Grüße

---

Arztstempel und Unterschrift

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

EINSCHREIBEN

RechnungsempfängerIn

Herr/Frau

Anschrift

Datum:

**ZWEITE/LETZTE MAHNUNG (Variante 1)**

**Offene Honorarnote(n) Nr. \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_**

Sehr geehrte Frau \_\_\_\_\_,

Sehr geehrter Herr \_\_\_\_\_,

da mein Honorar für die Behandlung(en) am \_\_\_\_\_ immer noch unberichtet aushaftet, erlaube ich mir, Ihnen in der Anlage gegenständliche Honorarnote nochmals mit der Aufforderung um unverzügliche Bezahlung zu übermitteln.

Es steht Ihnen frei, die offene Honorarforderung von € \_\_\_\_\_ zuzüglich € \_\_\_\_\_ Mahnspesen, gesamt sohin € \_\_\_\_\_ auf mein unten angegebenes Konto zu überweisen oder den Betrag in meiner Ordination zu den Ordinationszeiten in bar zu bezahlen.

Ich erlaube mir für das Einlagen als letzten Termin den \_\_\_\_\_ vorzumerken. Sollte ich bis zu diesem Datum den Zahlungseingang nicht feststellen können, weise ich bereits jetzt darauf hin, die Angelegenheit dann meinem Rechtsanwalt zur Einbringung der Forderung zu übergeben.

Hochachtungsvoll

---

Arztstempel und Unterschrift

Kontoverbindung:

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

**EINSCHREIBEN**

RechnungsempfängerIn

Herr/Frau

Anschrift

Datum:

**ZWEITE/LETZTE MAHNUNG (Variante 2)**

**Offene Honorarnote(n) Nr. \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_**

Sehr geehrte Frau \_\_\_\_\_,

Sehr geehrter Herr \_\_\_\_\_,

da Sie auf meine Mahnung vom \_\_\_\_\_ bisher noch nicht reagiert haben, möchte ich Sie nochmals/letztmalig auffordern, mir den offenen Betrag in der Höhe von

€ \_\_\_\_\_ (Honorarnote(n) Nr. \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_)

bis spätestens \_\_\_\_\_ (einlangend) zu überweisen.

Sollte ich bis zum oben genannte Datum keine Einzahlung erhalten, sehe ich mich gezwungen, die Angelegenheit meinem Rechtsanwalt zu übergeben, wobei ich darauf hinweisen möchte, dass die anfallenden Mehrkosten dann Sie zu tragen haben.

Hochachtungsvoll

---

Arztstempel und Unterschrift

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

**FORMBLATT ZUR EINFACHEN ÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNG**  
**Aufnahme in den Kindergarten**

Dem Kind:
Geburtsdatum:
Anschrift:

ist aufgrund ihres/seines festgestellten Gesundheitszustandes der Besuch des Kindergartens zumutbar.

Besondere Hinweise betreffend den Kindergartenbesuch:

- wesentliche Defizite: \_\_\_\_\_
- körperlich wenig belastbar
- soll nicht turnen
- dauernde Medikamenteneinnahme
- bestehende Allergien: \_\_\_\_\_

Sonstige Bemerkungen:

---

---

---

---

---

---

Datum

Arztstempel und Unterschrift

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

**BESTÄTIGUNG  
EIGNUNG SPORTLICHE BETÄTIGUNG**

Für:

Name:
Geburtsdatum:
Beruf:

Zur Vorlage an:

--

Nach einer klinischen Basisuntersuchung, beinhaltend

- Anamnese       im Beisein der Eltern
- ohne Beisein der Eltern
- Auskultation der Lunge und des Herzens
- allgemeine Inspektion
- Durchsicht der Krankengeschichte, soweit vorhanden

durchgeführt am \_\_\_\_\_, besteht aus heutiger Sicht gegen

- die Teilnahme an \_\_\_\_\_
- die Ausübung von \_\_\_\_\_
  
- kein Einwand
- kein Einwand unter der Voraussetzung, dass \_\_\_\_\_

Es wird darauf hingewiesen, dass spezielle Risiken nur durch die Erhebung von zusätzlichen Parametern mit speziellen medizinisch-technischen Geräten, wie z.B. EKG oder Labor erhoben werden können.

---

Datum

Arztstempel und Unterschrift

**ERHEBUNGSBLATT**  
**zur Feststellung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit**  
**von Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen**

Name des Heimbewohners:
Versicherungsnummer:
Pensionsversicherungsanstalt (Entscheidungsträger):

**Für den Heimbewohner wären auch außerhalb des Heimes folgende Hilfseinrichtungen notwendig:**

1.  Beschaffung von Nahrungsmitteln und Medikamenten
2.  Reinigung der Wohnung und des Wohnungsinventars
3.  Pflege der Leib- und Bettwäsche
4.  Beheizung des Wohnraumes (das Heim ist mit Zentralheizung ausgestattet)
5.  Mobilitätshilfe

**Folgende Betreuungstätigkeiten sind unbedingt erforderlich und können trotz zumutbarer Hilfsmittel nicht allein verrichtet werden:**

6.  An- und Auskleiden
7.  Tägliche Körperpflege
8.  Zubereitung der Mahlzeiten
9.  Einnehmen der Mahlzeiten
10.  Eingeben der Mahlzeiten
11.  Verrichten der Notdurft
12.  Reinigung bei Inkontinenz
13.  Anus-praeter-Pflege
14.  Kanülen-Pflege
15.  Katheter-Pflege
16.  Einläufe
17.  Der Heimbewohner ist geistig/psychisch behindert und bedarf bei der Durchführung unter Punkt \_\_\_\_\_ der Anleitung sowie der Beaufsichtigung.

**Pauschaleinstufungen – der Patient ist:**

18.  hochgradig sehbehindert
19.  blind
20.  taubblind
21.  Gebrauch eines Rollstuhls -  
kein Ausfall von Funktionen der oberen Extremitäten und weder eine Stuhl- oder Harninkontinenz noch eine Blasen- oder Mastdarmlähmung
22.  Gebrauch eines Rollstuhls -  
kein Ausfall von Funktionen der oberen Extremitäten jedoch eine Stuhl- oder Harninkontinenz bzw. eine Blasen- oder Mastdarmlähmung

23. o Gebrauch eines Rollstuhls -  
Ausfall von Funktionen der oberen Extremitäten
24. o Bei angeführtem Heimbewohner liegt ständiger Pflegebedarf vor, weil dieser täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich regelmäßig der angeführten Pflege bedarf
25. o Dauernde Rufbereitschaft, weil außergewöhnlicher Pflegefall vorliegt - siehe oben und Rückseite des Formulars
26. o Dauernde Beaufsichtigung, weil außergewöhnlicher Pflegefall vorliegt - siehe oben und Rückseite des Formulars
27. o Völlig bewegungsunfähig

**Folgende Leistungen werden vom Heim dauernd erbracht und sind im gegenständlichen Fall unbedingt erforderlich:**

28. o Blutzuckerkontrolle (ständig), Grund: \_\_\_\_\_
29. o Blutdruckkontrolle (ständig), Grund: \_\_\_\_\_
30. o Sondenernährung - Art der Sonde: \_\_\_\_\_
31. o i.m.- oder s.c.-Spritzen - Grund: \_\_\_\_\_
32. o Insulin - Grund: \_\_\_\_\_
33. o Decuprophylaxe
34. o Decupflege
35. o Intertrigopflege
36. o Stuhlbeobachtungen - Ileusgefahr
37. o Marcoumar-Therapie, Überwachung
38. o Asthmaanfälle
39. o Parkinson-Überwachung - psychisches Verhalten
40. o Verbandwechsel, Grund: \_\_\_\_\_
41. o Allergie
42. o Juckreiz
43. o Aggression - Verwirrtheit
44. o Schizophrenie
45. o Depressiv - Patient muss ständig motiviert werden
46. o Manisch depressiv
47. o Chron. Alkoholiker
48. o Mobilisation - Rekreation, Grund: \_\_\_\_\_
49. o \_\_\_\_\_
50. o \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Pflegedienstleitung

Heimleitung

Hausarzt

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

## **FORMBLATT ZUR AUSFÜHLICHEN ÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNG** **Aufnahme in den Kindergarten**

Name des Kindes:
Anschrift:
Geburtsdatum:

Besondere Hinweise betreffend den Kindergartenbesuch:

**1. wiederholt auftretende Erkrankungssymptome**

- Husten
- Ohrenschmerzen
- Durchfall
- Harnbrennen
- Erbrechen
- Blutungen (verlängert und verstärkt nach Verletzungen)
- Sonstiges

**2. Erkrankungen**

- Diabetes mellitus
- Epilepsie
- Hyperventilationssyndrom
- Lebererkrankungen (Hepatitis A/B/C durchgemacht?)
- Tuberkulose
- Asthma
- Kinderkrankheiten \_\_\_\_\_
- Hauterkrankungen
- Missbildungen
  - innere Organe
  - äußerlich (Finger, Urogenitaltrakt)
- Reinheit
  - tagsüber
  - nachts

**3. Defizite**

- soziales Verhalten: z.B. Introvertiertheit, Aggressivität...
- Sprache: z.B. Sprachfehler, Sprachentwicklung
- Motorik: z.B. Hypermotorik, spastische Störungen, Gelenkschäden mit Bewegungseinschränkung, Fußdeformitäten...

#### **4. Allergien**

- ganzjährig       auf Nahrungsmittel:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- saisonal       auf Biene, Wespe  
 auf Hausstaub, Milben  
 auf Medikamente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- auf Duftstoffe:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **5. Impfungen**

- a) laut Impfpass
- Diphtherie/Tetanus
  - Polio
  - Hepatitis A/B
  - Pertussis (Keuchhusten)
  - Mumps, Masern, Röteln
  - FSME (Zecken)
- b) Zusatzimpfungen
- BCG (Tuberkulose)

#### **6. Sonstiges**

- Frühere Operationen: \_\_\_\_\_
- Körperliche Belastbarkeit: \_\_\_\_\_
- Förderungen und Therapien: \_\_\_\_\_
- Untersuchungsauffälligkeiten:  
(Status): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Datum

Arztstempel und Unterschrift

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

**BESTÄTIGUNG**  
**e-card-Einsatzgebühr**

Herr/Frau \_\_\_\_\_  
leistet für die Behandlung aufgrund der fehlenden e-card für das \_\_\_\_\_ Quartal  
\_\_\_\_\_ einen Ersatz in der Höhe von € \_\_\_\_\_.

Sollte innerhalb von 2 Wochen die e-card nicht nachgereicht werden, wird der hinterlegte Einsatz auf das dann fällige Privathonorar angerechnet.

Der Patient bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er diesbezüglich aufgeklärt wurde.

---

Unterschrift Patient

---

Datum

---

Arztstempel und Unterschrift

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

**Dient zur Vorlage bei der Bezirksverwaltungsbehörde**

---

## Dienststelle

GPZ:

Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_  
(Name des Arztes / der Ärztin, Geburtsdatum)

hat am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
(Datum) (Ortsgemeinde)

einen Menschen untersucht, um festzustellen, ob die Voraussetzungen für dessen Unterbringung nach § 8 UbG vorliegen.

### Dienstnummer, Unterschrift

# HONORARNOTE

(einzureichen innerhalb von 6 Monaten nach erbrachter Leistung)

Für oben angeführte Handlung erlaube ich mir folgende Honorarnote zu stellen:

**Untersuchung nach § 8 UbG à € 87,00** €

**Fahrtpesen**      km à € 0,42      €

**SUMME:** \_\_\_\_\_ €

(Unecht steuerbefreit gem § 6 Abs 1 Z 19 UStG)

Ich ersuche um Überweisung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

---

**Datum**

#### **Arztstempel und Unterschrift**

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

An die

---

---

---

(jeweilige Versicherung anführen)

Ort, Datum

### **Ärztlicher Befundbericht für**

---

(Name des Versicherungsnehmers)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich wurde Ihrerseits mit der Ausfertigung eines Befundberichtes für Ihren oben genannten Versicherungsnehmer beauftragt.

Da es aus rechtlichen Gründen nicht möglich ist, ohne vorherige Untersuchung den von Ihnen gewünschten Befundbericht auszufertigen, ersuche ich Sie, für die von mir erbrachte ärztliche Leistung eine verbindliche Honorarzusage in der Höhe von € \_\_\_\_\_ zu geben.

Nach schriftlicher Bestätigung Ihrerseits erhalten Sie den gewünschten Bericht.

Hochachtungsvoll

---

Arztstempel und Unterschrift

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

An die

---

---

---

(jeweilige Versicherung anführen)

Ort, Datum

### **Ärztlicher Befundbericht für**

---

(Name des Versicherungsnehmers)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich wurde Ihrerseits mit der Ausfertigung eines Befundberichtes für Ihren oben genannten Versicherungsnehmer beauftragt.

Dazu erlaube ich mir, Sie darüber zu informieren, dass für die von mir erbrachte Leistung ein Honorar von € \_\_\_\_\_ in Rechnung gestellt werden wird. Ich ersuche um eine verbindliche Honorarzusage.

Nach schriftlicher Bestätigung Ihrerseits erhalten Sie den gewünschten Bericht.

Hochachtungsvoll

---

Arztstempel und Unterschrift

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

**BESTÄTIGUNG**  
**Nachweis des ständigen Betreuungs- und Pflegebedarfs**  
**(24-Stunden-Pflege)**

Das behinderte Kind

Herr

Frau

Name:
Versicherungsnummer:
wohnhaft in:

steht bei mir seit \_\_\_\_\_ in ärztlicher Behandlung/Betreuung.

Diagnosen:

---

---

---

Aus meiner Sicht ist wegen der angeführten chronischen Erkrankung oder  
Behinderung eine laufende Verfügbarkeit oder Anwesenheit einer Betreuungsperson  
erforderlich.

Begründung:

---

---

---

Sonstige Bemerkungen:

---

---

---

---

Datum

Arztstempel und Unterschrift

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

**ÄRZTLICH/PFLEGERISCHES GUTACHTEN**  
**(zur Anmeldung um Aufnahme in ein Alten-/Pflegeheim)**

Antragsteller:
Geburtsdatum:
Wohnhaft:

**Diagnosen:**

**Medikamente:**

**Wesentliche Vorerkrankungen:**

<b>Infektionsgefahr (Hepatitis, TBC, ...)</b>	<b>o ja (welche):</b> o nein
---	---------------------------------

**Psychische Störungen, durch die der Antragsteller seine Umgebung oder sich gefährdet:**

<b>Atmung:</b>	<input type="checkbox"/> o unauffällig <input type="checkbox"/> o braucht Sauerstoff <input type="checkbox"/> o Tracheostoma (seit): <input type="checkbox"/> o muss abgesaugt werden <input type="checkbox"/> o Heimrespirator	<input type="checkbox"/> o zeitweise <input type="checkbox"/> o dauernd
----------------	---	--

<b>Essen und Trinken:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> selbständig</li> <li><input type="checkbox"/> muss zum Essen angehalten werden</li> <li><input type="checkbox"/> Nahrung muss eingegeben werden</li> </ul>
<b>Ernährung:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Diät (welche):</li> <li><input type="checkbox"/> Breikost</li> <li><input type="checkbox"/> Sonde (welche): <input type="checkbox"/> Schluckstörung</li> </ul>
<b>Mobilität:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> selbständig</li> <li><input type="checkbox"/> braucht Hilfsmittel, welche?</li> <li><input type="checkbox"/> Unterstützung bei:</li> <li><input type="checkbox"/> bettlägrig (seit):</li> </ul>
<b>Ausscheidung:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> selbständig</li> <li><input type="checkbox"/> Harninkontinenz</li> <li><input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz</li> <li><input type="checkbox"/> Fremdhilfe (welche):</li> <li><input type="checkbox"/> Dauerkatheter (welcher):</li> </ul>
<b>Körperpflege:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> selbständig</li> <li><input type="checkbox"/> tägliche Hilfe (welche):</li> <li><input type="checkbox"/> wird vollständig durch Dritte übernommen</li> </ul>
<b>An-/Auskleiden:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> selbständig</li> <li><input type="checkbox"/> braucht Hilfe</li> </ul>
<b>Behandlungspflege:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> selbständiger Umgang mit Medikamenten bzw. Therapien</li> <li><input type="checkbox"/> Unterstützung beim Umgang mit Medikamenten bzw. Therapien</li> <li><input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> braucht Hilfe</li> <li><input type="checkbox"/> Überwachung der Medikamenteneinnahme</li> <li><input type="checkbox"/> Verbände/Therapien (welche)</li> </ul>
<b>Orientierung:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> völlig orientiert</li> <li><input type="checkbox"/> leichte Orientierungsschwierigkeiten</li> <li><input type="checkbox"/> schwankt zwischen leichter und schwerer Desorientierung</li> <li><input type="checkbox"/> dauernd schwer desorientiert</li> <li><input type="checkbox"/> desorientiert mit belastender Auswirkung auf die Umgebung (welche):</li> </ul>

<b>Verhalten in der Nacht:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o orientiert</li> <li>o desorientiert</li> <li>o Schlafstörungen (welche):</li> </ul>
--------------------------------	--

<b>Kommunikation und soziales Verhalten:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o gestaltet persönlichen Alltag selbst</li> <li>o ist passiv, lässt sich animieren</li> <li>o völlig zurückgezogen</li> <li>o Sinnesbeeinträchtigung           <ul style="list-style-type: none"> <li>o sehen:</li> <li>o hören:</li> <li>o sprechen:</li> <li>o Koma:</li> </ul> </li> </ul>
--	--

<b>Atmung:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o unauffällig</li> <li>o braucht Sauerstoff</li> <li>o zeitweise</li> <li>o dauernd</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Tracheostoma (seit):</li> <li>o muss abgesaugt werden</li> <li>o Heimrespirator</li> </ul>

## **Beschreibung der seelischen Situation/Gemütsstimmung:**

**Hinweise/Anmerkungen des Arztes:**

## **Begründung der Notwendigkeit für eine Heimaufnahme:**

---

**Datum**

## Arztstempel und Unterschrift

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

**CERTIFICATE OF THE NECESSITY TO CARRY VITAL MEDICINE  
INDISPENSABLE TO LIFE OF THE TRAVELLER  
BESCHEINIGUNG FÜR DIE NOTWENDIGKEIT, LEBENSWICHTIGE  
MEDIKAMENTE MITZUFÜHREN**

**To whom it may concern / An die zuständige Person:**

The following traveller (Der/Die angeführte Reisende)

Mr./Mrs./Ms. (Hr./Fr./Frl.) \_\_\_\_\_

born on (geboren am) \_\_\_\_\_

suffers from (leidet an) \_\_\_\_\_

He/She needs to carry the following medication:  
(Er/Sie muss folgende Medikamente mitführen):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

with him/her at all times, even during flights (jederzeit, auch während eines Fluges).

As the responsible doctor of Mr./Mrs./Ms. (als zuständiger Arzt von Hr./Fr./Frl.)

\_\_\_\_\_,  
I hereby certify the correctness of the above statement with my signature and stamp.  
(bestätige ich hiermit die Richtigkeit der obigen Angaben mit meiner Unterschrift und meinem Stempel.)

---

Place and date Ort und Datum	Doctor's name in capital letters Name des Arztes in Blockbuchstaben	Doctor's signature and stamp Unterschrift des Arztes und Stempel
---------------------------------	--	---

**Adress of the doctor's office (Adresse des Arztes):**

Dieses Formular wurde vom Österreichischen Automobil-, Motorrad- und Touring Club (Bereich Touristik) entwickelt. Es kann keine Garantie bzw. Haftung für die tatsächliche Akzeptanz der Bescheinigung übernommen werden.

Notizen:

---