

**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 & Direktionsassistenten 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.</b>	<b>Empfehlungstarife .....</b>	<b>5</b>
1.	Gruppenübersicht .....	5
2.	Tauchsportuntersuchung/Feuerwehraucheruntersuchung.....	8
3.	Bildschirmbrillenverordnung nach ergoophtalmologischer 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.</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.</b>	<b>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.</b>	<b>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 Kurierversammlung der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für OÖ vom 19.01.2023)

	<b>Gruppe I (Kleine Bestätigungen)</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 Kurierversammlung der niedergelassenen Ärzte vom 19.01.2023 derzeit freiwillig reduziert auf € 6,50.

<sup>2</sup> Laut Beschluss der Kurierversammlung 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 Kraftfahrtsport 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 PflegegeldEinstufung 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 Impfkationen **€ 15,00**  
(ohne Impfstoff)  
(Beschluss der BKNÄ der ÖÄK vom 05.05.2021 und Beschluss der Kurierversammlung 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 eImpfpass und Ausdruck aus dem eImpfpass, inkl. Eintrag in den Papier-Impfpass)  
(Beschluss der BKNÄ der ÖÄK vom 13.03.2024 und Beschluss der Kurierversammlung der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für OÖ vom 07.11.2024)

7.4	Nachtragen von Impfungen in den Impfpass (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	
	- Erstanforderung	€ 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.	
	- Erneute Anforderung	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/Feuerwehrtäucheruntersuchung**

Diese Untersuchung bzw. erforderliche zusätzliche Leistungen werden in der Regel vorwiegend von Sportärzten, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Lungenerkrankungen und Ärzten für Allgemeinmedizin durchgeführt. In Anlehnung an die Feuerwehrtäucheruntersuchung wird, wenn nachstehende Leistungen erbracht werden, folgender Gesamttarif 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 Kurierversammlung der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für OÖ vom 19.01.2023)

€ 24,00

#### **5. e-card-Einsatzgebühr**

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

**Untersuchung inkl. Gutachten** € 50,00

**Untersuchung ohne Gutachten** € 43,00

**Wiederholungsuntersuchung** € 43,00

#### **8. Sportmedizinisches Untersuchungsprogramm**

(Tarifbeschluss der Kurierversammlung 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:

Untersuchungsprogramm exkl. EKG € 50,00

EKG € 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 Kurierversammlung der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für OÖ vom 19.01.2023)

je angefangene ½ Stunde € 145,00

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

Es gilt dem Beschluss der Bundeskurie 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.

je angefangene ½ Stunde **€ 160,00**

Honorare für Wegzeiten, Fahrtspesen 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 Schiffsführerpatent (z.B. für Sportboote)**

(Tarifbeschluss der Kurierversammlung 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 Sterbeverfügung (Stand 1. Jänner 2025)

pro angefangener ½ Stunde

€ 160p,00

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

## B. Vertraglich mit Dritten vereinbarte Tarife

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

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

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.

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

<p>Ärztegesetz 1998) darüber, dass die Bewohnerin/der Bewohner</p> <p>→ psychisch krank oder geistig behindert ist und</p> <p>→ 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)</p>		
<p><b>B)</b> Freiheitsbeschränkung durch</p> <p>→ medikamentöse Maßnahmen oder</p> <p>→ sonstige der Ärztin/dem Arzt gesetzlich vorbehaltenen Maßnahmen</p> <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>	<p><b>€ 113,12</b></p>	<p><b>€ 143,47</b></p>
<p><b>C)</b> Für beide Teile <b>A) + B)</b></p>	<p><b>€ 159,20</b></p>	<p><b>€ 201,42</b></p>

### 3. Impfungen laut Impfgutscheinheft 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 (Klasse A, B, B+E, F) € 35,00
2. von einem Bewerber um eine Lenkberechtigung der Gruppe 2 (Klasse C1+E, D, C+E, G) € 50,00  
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 verkehrspsychologischer 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	
	1. für das Frühstück	€ 5,80
	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 ersetzenden 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	<b>€ 76,10</b>
b) bei einer Tätigkeit nach § 34 Abs. 3 Z 1	<b>€ 54,20</b>
11. Die Gebühr für Aktenstudium nach § 36 beträgt	
1. für den ersten Aktenband	<b>€ 11,00</b>
bis	<b>€ 65,10</b>
2. für jeden weiteren Aktenband bis zu	<b>€ 57,60</b>
	<b>mehr</b>
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	<b>€ 43,90</b>
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	<b>€ 57,60</b>
c) bei einer einfachen körperlichen Untersuchung mit besonders eingehender, sich mit widersprüchlichen Ergebnissen von Befundaufnahmen ausführlich auseinandersetzen oder besonders ausführlicher und außergewöhnliche Kenntnisse auf dem Fachgebiet des Sachverständigen voraussetzender Begründung des Gutachtens	<b>€ 85,70</b>
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	<b>€ 168,50</b>
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 auseinandersetzen oder besonders ausführlicher und außergewöhnliche Kenntnisse auf dem Fachgebiet des Sachverständigen voraussetzender Begründung des Gutachtens	<b>€ 283,30</b>
2. für die Leichenöffnung (Untersuchung von Leichenresten oder -teilen) samt Befund und Gutachten	
a) in einfachen Fällen	<b>€ 135,60</b>
b) mit eingehender Begründung des Gutachtens	<b>€ 189,80</b>



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

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 Eineinhalbfache	

der in den Buchstaben a und b festgesetzten Gebühren

13. für eine biostatistische 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	€
TT.MM.JJ	€
TT.MM.JJ	€
TT.MM.JJ	€
TT.MM.JJ	€
<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 unberichtigt 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 eheste 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 unberichtigt 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



**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 AUSFÜHRLICHEN 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**

\_\_\_\_\_ GPZ: \_\_\_\_\_  
Dienststelle

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** € \_\_\_\_\_

**Fahrtspesen \_\_\_ 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:
wohnhafte 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-/Pfleheim)**

Antragsteller:
Geburtsdatum:
Wohnhaft:

<b>Diagnosen:</b>
-------------------

<b>Medikamente:</b>
---------------------

<b>Wesentliche Vorerkrankungen:</b>
-------------------------------------

<b>Infektionsgefahr (Hepatitis, TBC, ...)</b>	<input type="checkbox"/> ja (welche): <input type="checkbox"/> nein
---	--

<b>Psychische Störungen, durch die der Antragsteller seine Umgebung oder sich gefährdet:</b>
--

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

<b>Essen und Trinken:</b>	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> muss zum Essen angehalten werden <input type="checkbox"/> Nahrung muss eingegeben werden
<b>Ernährung:</b>	<input type="checkbox"/> Diät (welche): <input type="checkbox"/> Breikost <input type="checkbox"/> Sonde (welche): <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Schluckstörung</span>
<b>Mobilität:</b>	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> braucht Hilfsmittel, welche? <input type="checkbox"/> Unterstützung bei: <input type="checkbox"/> bettlägrig (seit):
<b>Ausscheidung:</b>	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Fremdhilfe (welche): <input type="checkbox"/> Dauerkatheter (welcher):
<b>Körperpflege:</b>	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> tägliche Hilfe (welche): <input type="checkbox"/> wird vollständig durch Dritte übernommen
<b>An-/Auskleiden:</b>	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> braucht Hilfe
<b>Behandlungspflege:</b>	<input type="checkbox"/> selbständiger Umgang mit Medikamenten bzw. Therapien <input type="checkbox"/> Unterstützung beim Umgang mit Medikamenten bzw. Therapien <input type="checkbox"/> Insulin <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> braucht Hilfe</span> <input type="checkbox"/> Überwachung der Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/> Verbände/Therapien (welche)
<b>Orientierung:</b>	<input type="checkbox"/> völlig orientiert <input type="checkbox"/> leichte Orientierungsschwierigkeiten <input type="checkbox"/> schwankt zwischen leichter und schwerer Desorientierung <input type="checkbox"/> dauernd schwer desorientiert <input type="checkbox"/> desorientiert mit belastender Auswirkung auf die Umgebung (welche):

<b>Verhalten in der Nacht:</b>	<input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> desorientiert <input type="checkbox"/> Schlafstörungen (welche):
--------------------------------	---

<b>Kommunikation und soziales Verhalten:</b>	<input type="checkbox"/> gestaltet persönlichen Alltag selbst <input type="checkbox"/> ist passiv, lässt sich animieren <input type="checkbox"/> völlig zurückgezogen <input type="checkbox"/> Sinnesbeeinträchtigung <input type="checkbox"/> sehen: <input type="checkbox"/> hören: <input type="checkbox"/> sprechen: <input type="checkbox"/> Koma:
--	--

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

<b>Beschreibung der seelischen Situation/Gemütsstimmung:</b>	
--	--

<b>Heimaufnahme:</b>	Antragsteller weiß um Heimaufnahme: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wie steht der Antragsteller zur Heimaufnahme <input type="checkbox"/> bejahend <input type="checkbox"/> ablehnend
----------------------	--

<b>Hinweise/Anmerkungen des Arztes:</b>	
---	--

<b>Begründung der Notwendigkeit für eine Heimaufnahme:</b>	
--	--

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

**Address 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: \_\_\_\_\_