



....., den

An das Bestattungsinstitut



An die Bestattungspflichtigen/Angehörigen des/der Verstorbenen über das Bestattungsinstitut Rechnung für ärztliche Leistungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

am heutigen Tag (Datum s.o.) um ____ : ____ Uhr habe ich bei

Herrn / Frau _____

geboren am ____ . ____ . _____ , wohnhaft

den Tod festgestellt.

Für ärztliche Leistungen erlaube ich mir gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu berechnen:

Nr.	Leistung	Dauer	Betrag EURO
GOÄ-101	Untersuchung eines Toten und Ausstellung einer amtlichen Todesbescheinigung NRW, einschließlich Angaben zur Todesart und Todesursache, ggf. einschließlich Aktenstudium und Einholung von Auskünften bei Angehörigen, vorbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten	Dauer mind. 20 min 99,46 EURO	
		Dauer mind. 40 min 165,77 EURO	
GOÄ-102	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 100 bei einer Leiche mit einer dem Arzt / der Ärztin unbekanntem Identität und / oder besonderen Todesumständen	zusätzliche Dauer mind. 10 min 27,63 EURO	-----
		Gesamt-Betrag	

Bitte überweisen Sie den Betrag innerhalb von 14 Tagen auf folgendes Konto:

Konto-Inhaber: _____

Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Mit freundlichen Grüßen
