



**Praxisgemeinschaft
Katein**
Verkehrspsychologie
Verkehrsmedizin

Praxisgemeinschaft KATEIN
Verkehrspsychologie und Verkehrsmedizin · Zwergerstr. 3 · D-88214 Ravensburg

Praxisgemeinschaft KATEIN
- Verkehrsmedizin -
Zwergerstr. 3
88214 Ravensburg

Fax: 0751 - 354 25 59

⇒ **Verkehrsmedizin:**
(Inh.: Marga Sauter-Katein)

Med. Leitung: Dr. med. Truöl
Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie
mit verkehrsmedizinischer Qualifikation

Bankverbindung:

Konto Nr. 30874, HLB Ostrach,
BLZ 653 510 50,
IBAN: DE34 6535 1050 0000 0308 74
BIC: SOLADES1SIG.

Zwergerstr. 3, 88214 Ravensburg
Außenstelle: Karlstr.18, 72488 Sigmaringen

Telefon (0751) 354 2558
Telefax (0751) 354 2559

e-mail: kontakt@mpu-katein.de
www.katein.de

Bestätigung und Einverständniserklärung

über

	4	Kontrollen in		6	Monaten	in SIG	in RV
	6	Kontrollen in		12	Monaten		

(Bitte gewünschten Umfang der Kontrollen ankreuzen!)

Ich habe die Bedingungen des **Abstinenzkontrollprogramms** (Informationsblatt, welches wesentlicher Vertragsbestandteil ist), zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

Kosten je Kontrolle:

(Bitte gewünschte Untersuchung
ankreuzen!)

- 84 € EtG (Alkohol)**
- 99 € Drogen**
- 104 € Drogen/Opiate**
- 140 € Kombi EtG + Drogen**
- 145 € Kombi EtG+ Drogen/Opiate**
- 170 € Kombi EtG + Drogen/Opiate + Spice/Medikamente**
- 145 € Kombi Drogen + Medikamente**
- 150 € Kombi Drogen/Opiate + Spice/Medikamente**
- 114 € GBL + Drogen**

Auftragseingang:

(Eingangsstempel der Praxis!)

Telefon-Nr. Privat:	
Telefon-Nr. Geschäft:	
Mobil:	
Fax:	
E-Mail:(tägl. zu überprüfen!)	

Meine Arbeitszeiten (Schichtarbeit bitte angeben, evtl. Schichtplan vorlegen):

Mit der Akteneinsicht in das Kontrollprogramm durch Herrn Katein (Verkehrspsychologie) bin ich einverstanden.

Über den Verlauf bzw. die Befunde des Abstinenzprogramms darf mein Rechtsanwalt /
Bewährungshelfer _____ informiert werden.

Datum:

Unterschrift: _____

Name:		Vorname:		geb.:	
Adresse:					