

Stempel des Arztes/der Ärztin

Datum

Name, Vorname der verletzten Person

Geburtsdatum

Unfallbetrieb

Unfalltag

AZ des UV-Trägers

☐ allgemeine Heilbehandlung
 ☐ besondere Heilbehandlung

Rechnung

für

Behandlung

Datum	Gebührennummer UV-GOÄ	Gebühr EUR	Besondere Kosten EUR	Bemerkungen
		EUR	EUR	
zuzüglich		EUR		
		EUR		

Rechnungsnummer

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK - Bankverbindung -