Stempel des Arztes

Datum

Name, Vorname des Verletzten	Geburtsdatum
Unfallbetrieb	
Unfalltag	AZ des UV-Trägers

☐ allgemeine Heilbehandlung ☐ besondere Heilbehandlung

Rechnung für ambulante/stationäre Behandlung

Datum	Gebührennummer UV-GOÄ	Gebühr EUR	Besondere Kosten EUR	Bemerkungen

EUR EUR

Zahlungsempfänger:

Rechnungsnummer
Institutionskennzeichen (IK)
Falls kein IK - Bankverbindung -

Zahlungsempfänger:

Rechnungsnummer
Institutionskennzeichen (IK)
Falls kein IK - Bankverbindung -