

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
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00	0,00	
		0,00 EUR	0,00 EUR	

Zahlungsempfänger:

Zahlungsempfänger:

Rechnungsnummer
<b>Institutionskennzeichen (IK)</b>
Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –

Rechnungsnummer
<b>Institutionskennzeichen (IK)</b>
Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –