

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	Allgemeine Kosten EUR	Sachkosten EUR	Bemerkungen

abzügl. allgemeine Kosten

EUR ←

EUR

EUR

Zahlungsempfänger:

Zahlungsempfänger:

Rechnungsnummer
Institutionskennzeichen (IK)
Falls kein IK - Bankverbindung -

Rechnungsnummer
Institutionskennzeichen (IK)
Falls kein IK - Bankverbindung -