Stempel des Arztes/der Ärztin

Datum

Name, Vorname der verletzten Person	Geburtsdatum
Unfallbetrieb	
Unfalltag	AZ des UV-Trägers

☐ allgemeine Heilbehandlung ☐ besondere Heilbehandlung

Rechnung für Auswahl Behandlung

Datum	Gebührennummer UV-GOÄ	Gebühr EUR	Allgemeine Kosten EUR	Sachkosten EUR	Bemerkungen
		0	0		

abzügl. allgemeine Kosten EUR

EUR EUR

Zahlungsempfänger/Zahlungsempfängerin:

Rechnungsnummer
Institutionskennzeichen (IK)
Falls kein IK - Bankverbindung -

Zahlungsempfänger/Zahlungsempfängerin:

Rechnungsnummer
Institutionskennzeichen (IK)
Falls kein IK - Bankverbindung -