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	Besondere Kosten EUR	Bemerkungen
		0 EUR	0 EUR	

Zahlungsempfänger/Zahlungsempfängerin:

Rechnungsnummer
Institutionskennzeichen (IK) **Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) –

Zahlungsempfänger/Zahlungsempfängerin:

Rechnungsnummer
Institutionskennzeichen (IK) **Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) –