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	
	zuzüglich	EUR		
		EUR		

Rechnungsnummer	**Institutionskennzeichen (IK)** **Falls kein IK** - Bankverbindung -