Stempel des Arztes/der Ärztin

Datum

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

☐ allgemeine Heilbehandlung ☐ besondere Heilbehandlung

Rechnung für stationäre Behandlung

Datum	Gebührennummer UV-GOÄ	Gebühr EUR	Besondere Kosten EUR	Bemerkungen
		EUR	EUR	
zuzüglich		EUR		
		EUR		

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