

_____ , den _____

LIQUIDATION

arbeitsmedizinische Untersuchungen

unter Beachtung der
**DGV GRUNDSÄTZE FÜR
ARBEITSMEDIZINISCHE UNTERSUCHUNGEN**

Name, Vorname des Untersuchten _____ geb. am _____

Auftrag vom _____ Untersuchungsdatum _____

G-Nr.		G-Nr.		G-Nr.		G-Nr.	
*) <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung		*) <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung		*) <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung		*) <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung	
*) <input type="checkbox"/> Nachuntersuch.		*) <input type="checkbox"/> Nachuntersuch.		*) <input type="checkbox"/> Nachuntersuch.		*) <input type="checkbox"/> Nachuntersuch.	
*) <input type="checkbox"/> Nachgeh. Unters.		*) <input type="checkbox"/> Nachgeh. Unters.		*) <input type="checkbox"/> Nachgeh. Unters.		*) <input type="checkbox"/> Nachgeh. Unters.	
Gebühren-Nr. (GOÄ)	EUR	Gebühren-Nr. (GOÄ)	EUR	Gebühren-Nr. (GOÄ)	EUR	Gebühren-Nr. (GOÄ)	EUR

Endbetrag

Rechnungs-Nr.
(Bitte unbedingt angeben!)

Bankverbindung
(IBAN und BIC)

*) Zutreffendes bitte ankreuzen