

ÖGK _____

- A B BVA-EB
 BVAEB-OEB
 SVS-GW
 SVS-LW

Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer
_____/_____/_____/_____/_____

Anschrift

Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer
(nur auszufüllen, wenn Patient ein/e Angehörige/r ist) _____/_____/_____/_____/_____

Taxe

Gültig: **1 Monat ab Verordnung** Datum:

Pilzwidriges Öl zur Pflege / Nachbehandlung

Kümmelöl

Lavendelöl

Korianderöl aa 1,0

Mandelöl ad 50,0

M.D.S. Pilzwidriges Öl zur Pflege und
Nachbehandlung betroffener Hautstellen

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung