

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

Aetherol. Carvi

Aetherol. Lavandulae

Aetherol. Coriandri aa 1,0

Oleum Amygdalae 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