

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:

Entzündungshemmendes Gel (Mund) - ÖAB

Carbopol 974P 0,2

Trometamol 0,03

Propylenglycol 1,5

Chlorhexidindigluconat 0,5

Salbeitinktur

Myrrhentinktur

Ratanhiatinktur aa 0,25

Gereinigtes Wasser ad 20,0

M.D.S. Entzündungshemmendes Gel

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung