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:

Ius gelatum contra catarrhum et inflammatum oris officinale - ÖAB

Carbopol 974P		0,2
Trometamol		0,03
Propylenglycol		1,5
Chlorhexidindigluconat		0,002
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

phytotherapie.at phytotherapie.at phytotherapie.at